

UNIVERZITA KARLOVA v Praze
Právnická fakulta

Katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení

Mgr. et Mgr. Barbora Půžová

Vývoj právní úpravy veřejného zdravotního pojištění v ČR

(The development of legislation on public health insurance in the Czech Republic)

Rigorózní práce

Vedoucí rigorózní práce:

Prof. JUDr. Petr Tröster, CSc.

Pracovní právo a právo sociálního zabezpečení

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu):

4. 04. 2016

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou rigorózní práci vypracovala samostatně za použití zdrojů a literatury v ní uvedených. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 4. dubna 2016

Mgr. et Mgr. Barbora Půžová
Autorka rigorózní práce

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu této rigorózní práce, panu prof. JUDr. Petru Trösterovi, CSc., za cennou podporu, kterou mi poskytl při vzniku této práce.

Obsah

1. ÚVOD.....	6
1.1 VYSVĚTLIVKY A POUŽITÉ ZKRATKY	7
2. CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V RÁMCI ZDRAVOTNÍCH SYSTÉMŮ	8
2.1 TYPY ZDRAVOTNICKÝCH SOUSTAV	8
2.2 SYSTÉMY FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V EVROPSKÝCH ZEMÍCH	10
2.3 VEŘEJNOPRÁVNÍ A SOUKROMOPRÁVNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ	11
2.4 VYBRANÉ PŘÍKLADY PRÁVNÍ ÚPRAVY V EVROPSKÝCH ZEMÍCH.....	13
3. PRÁVNÍ ÚPRAVA ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE	16
3.1 HISTORICKÝ PŘEHLED POJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVÍ NA ÚZEMÍ ČR VE 20. STOLETÍ.....	16
3.2 HISTORICKÝ VÝVOJ VZTAHU NEMOCENSKÉHO A ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE	21
3.3 PŘEHLED PRAMENŮ PRÁVA VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČR	22
3.3.1 Ústavní základy.....	23
3.4 VÝCHOZÍ PRINCIPY SYSTÉMU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE.....	25
4. VÝVOJ PRÁVNÍ ÚPRAVY VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE PO ROCE 1990	26
4.1 ETAPA 1990 – 1992 - „OBDOBÍ TRANSFORMACE“	26
4.1.1 Všeobecné zdravotní pojištění.....	28
4.1.2 Pojistné na všeobecné zdravotní pojištění	32
4.1.3 Právní úprava zdravotních pojišťoven	34
4.2 ETAPA 1993 – 1996	41
4.2.1 Zákon o všeobecném zdravotním pojištění.....	41
4.2.2 Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění	43
4.2.3 Právní úprava zdravotních pojišťoven	45
4.2.4 Nález Ústavního soudu č. 206/1996 Sb. (sp. zn. Pl. ÚS 35/95).....	49
4.3 ETAPA 1997 – 2002	52
4.3.1 Zákon o veřejném zdravotním pojištění	52
4.3.2 Nález Ústavního soudu č. 167/2000 Sb. (sp.zn. Pl. ÚS 24/99).....	55
4.3.3 Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění	58
4.3.4 Právní úprava zdravotních pojišťoven	59
4.4 ETAPA 2003 – 2006	60
4.4.1 Zákon o veřejném zdravotním pojištění	60
4.4.2 Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění	62
4.4.3 Právní úprava zdravotních pojišťoven	64
4.5 VSTUP ČR DO EVROPSKÉ UNIE A SYSTÉM VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	66
4.5.1 Evropská unie a zdravotnictví.....	67
4.5.2 Judikatura Soudního dvora Evropské unie (ESD)	72
4.5.3 Systém veřejného zdravotního pojištění po vstupu do EU	75
4.6 ETAPA 2007 – 2010	77
4.6.1 Zákon o veřejném zdravotním pojištění	77
4.6.2 Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění	83
4.6.3 Právní úprava zdravotních pojišťoven	83
4.7 ETAPA 2011 – 2013	86
4.7.1 Zákon o veřejném zdravotním pojištění	86
4.7.2 Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění	90
4.7.3 Právní úprava zdravotních pojišťoven	90
4.8 ETAPA 2014 - 2015	92
4.8.1 Zákon o veřejném zdravotním pojištění	92
4.8.2 Zákon o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.....	94

4.8.3	<i>Právní úprava zdravotních pojišťoven</i>	95
5.	VÝVOJ PRÁVNÍ ÚPRAVY VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ NA SLOVENSKU, SROVNÁNÍ S VÝVOJEM PRÁVNÍ ÚPRAVY V ČR	96
5.1	ÚSTAVNÍ ZÁKLADY	97
5.2	PRÁVNÍ ÚPRAVA ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	97
5.3	ZÁKON O ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ	100
5.3.1	<i>Srovnání s právní úpravou v ČR</i>	101
5.4	ZÁKON O ZDRAVOTNÍCH POJIŠTOVNÁCH A DOHLEDU NAD ZDRAVOTNÍ PÉČÍ	102
5.4.1	<i>Srovnání právní úpravy s ČR</i>	106
6.	ZÁVĚR: MOŽNÉ ZMĚNY VE ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ, NÁMĚTY DE LEGE FERENDA	107
7.	PŘÍLOHA: PŘEHLED PŘIJATÝCH VÝZNAMNÝCH ZÁKONNÝCH ÚPRAV VE VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ	111
	POUŽITÁ LITERATURA A DALŠÍ ZDROJE	114
	ABSTRAKT V ČESKÉM JAZYCE	123
	ABSTRACT IN ENGLISH LANGUAGE	124
	RESUMÉ	125
	KLÍČOVÁ SLOVA	126
	KEY WORDS	126

1. Úvod

Tato rigorózní práce se zabývá právním vývojem veřejného zdravotního pojištění v České republice. Cílem práce je ucelená analýza jednotlivých etap vývoje právní úpravy veřejného zdravotního pojištění v ČR po roce 1990. Autorka si klade za cíl na základě právní analýzy jednotlivých etap najít možná *východiska a náměty pro směřování dalšího vývoje právní úpravy* v této oblasti práva. Autorka vychází a navazuje na svoji diplomovou práci z roku 2001.

Úvodní *první část* se zabývá zdravotním pojištěním v kontextu zdravotnických systémů, podává základní informace o systémech financování zdravotní péče v evropských zemích, mapuje rozlišení veřejnoprávního a soukromoprávního pojištění. V závěru autorka doplňuje příklady právní úpravy zdravotního pojištění ve vybraných evropských zemích.

Druhá část rozebírá vývoj právní úpravy veřejného zdravotního pojištění v českých zemích ve 20. století do roku 1990, včetně vztahu zdravotního a nemocenského pojištění. Dále se věnuje pramenům práva zdravotního pojištění v České republice, zejména ústavním základům a rovněž i hlavním principům, na nichž je vybudován systém zdravotního pojištění v České republice.

Třetí – hlavní část se zabývá samotným právním vývojem veřejného zdravotního pojištění v ČR po roce 1990 do konce roku 2015. Analýza právního vývoje je v rámci této práce zaměřena na zákonné normy upravující problematiku veřejného zdravotního pojištění. Jde tedy o zaměření na významnou oblast zdravotnického práva nebo také práva sociálního zabezpečení. Autorka se vedle zákonných norem věnuje i judikatuře Ústavního soudu a vztahu judikátů Ústavního soudu k dalšímu vývoji práva v této oblasti. Analyzované období je rozděleno do jednotlivých *etap*, které mnohdy korespondují s volebními obdobími Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky. Analýza první etapy právního vývoje po roce 1990 se zabývá vznikem samotného systému veřejného zdravotního pojištění a charakteristikou výchozí právní úpravy – toto období lze nazvat *obdobím transformace*. Druhá etapa analyzuje vývoj právní úpravy po vzniku samostatné České republiky v letech 1993 až 1996, zejména důležité novely zákonných úprav v kontextu s existencí problémů v systému zdravotního pojištění. Tuto etapu ohraničuje a završuje nálezy Ústavního soudu publikovaný pod č. 206/1996 Sb. Třetí etapa analyzuje novou právní úpravu pod vlivem nálezu Ústavního soudu a další

vývoj v této oblasti. Tato etapa je spojená s významnou událostí a to vstupem ČR do Evropské unie. Tomuto tématu se věnuje i samostatná kapitola. Další tři etapy sledují vývoj v obdobích, kde došlo k změnám, na které měly vliv i změny v politickém vývoji v České republice. V etapách autorka analyzuje vliv případných nálezů Ústavního soudu ČR na právní úpravu. Jednotlivé etapy jsou doplněny v příloze tabulkou s přehledem významných právních úprav s uvedením účinnosti a číslem projednávaného sněmovního tisku v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR.

Vzhledem k zaměření rigorózní práce je její *předposlední část* věnována vývoji právní úpravy veřejného zdravotního pojištění ve Slovenské republice. Autorka si tuto zemi vybrala zcela záměrně pro společnou právní minulost obou zemí. Vývoj posledních etap české právní úpravy byl inspirován slovenskou právní úpravou a srovnání vývoje v obou zemích má jistě v kontextu zaměření této práce svůj význam.

Závěr práce je věnován námětům a možným změnám v právní úpravě veřejného zdravotního pojištění v kontextu analýz jednotlivých etap.

1.1 Vysvětlivky a použité zkratky

OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

ZP – zdravotní pojišťovna

zákon o VZP – zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

zákon o pojistném – zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

zákon o ZZP – zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

zákon o pojištění – zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

zákon o všeobecném pojištění – zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění

Listina – ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod

ÚS – Ústavní soud České republiky

Ústava – ústavní zákon č.1/1993 Sb., Ústava České republiky

PČR – Parlament České republiky

ESD – Soudní dvůr Evropské unie (dříve Evropský soudní dvůr)

Pokud je v textu uveden odkaz na zákon bez dalšího, míní tím autorka zákon, o kterém pojednává příslušná kapitola této práce. V případě odkazu v textu na příslušný paragraf v zákoně, jedná se o odkaz na platnou právní úpravu v době, ke které se vztahuje daná kapitola.

2. Charakteristika zdravotního pojištění v rámci zdravotních systémů

Poskytování zdravotní péče v České republice je založeno na systému zdravotního pojištění. Tento systém se vyskytuje v řadě zemí. V evropském pojetí se zdravotním pojištěním rozumí *způsob řešení nahodilých, v budoucnosti nastalých sociálních situací fyzických osob (nemoc, nebo úraz, potřeba léčby a její úhrady), jehož podstatou je soustředění určitého objemu finančních prostředků pravidelným přispíváním do fondu zdravotního pojištění a v případě vzniku události úhrada nákladů zdravotní péče.*¹

Základní principem pojištění je sdílení rizika. Zdravotní pojištění umožňuje jeho účastníkům řešení rizikových situací (spojených s nemocí, úrazem apod.) a tím se vyhnout případným přímým výdajům na zdravotní péči, které by jinak vynaložili.

Právní úprava zdravotního pojištění se v zemích, jejichž zdravotní systém je založen na pojistném principu, odlišuje. Dnes již nenalezneme zemi, jejíž zdravotní systém by byl se systémem druhé země shodný. Přesto lze najít jisté společné znaky.

Pro snazší vymezení a pochopení systému zdravotního pojištění v České republice je nutno pojednat o typech zdravotnických soustav a způsobů financování zdravotní péče v obecné rovině.

2.1 Typy zdravotnických soustav

V každé zemi je řízení, organizace, kontrola a financování zdravotnické soustavy postavena na odlišných principech. I přes rozdíly mezi jednotlivými zeměmi, teorie rozlišuje tři základní typy zdravotnických soustav či systémů. Jedná se o tyto tři typy² či modely:

1. *Systém Národní zdravotní služby*
2. *Evropský systém pluralitního zdravotnictví*
3. *Tržní zdravotnictví*

¹ Tomeš I. a kol. Právo sociálního zabezpečení. Praha: Všehrd, 1995: s.94

² Kalina K. Průvodce novým zdravotnictvím. Praha: Maxima, 1992: s. 13 - 19

První typ Národní zdravotní služby najdeme zejména ve Velké Británii a v jiných evropských zemích (Irsko, Island, Portugalsko, Norsko atd.). Jedná se o státem řízený systém zdravotnictví, kdy vláda spolu s příslušným ministerstvem řídí, organizuje, financuje a kontroluje celý systém. Za všeobecnou výhodu tohoto systému se považuje univerzální přístup, kontrola výdajů, větší spravedlnost a volnost přístupu ke zdravotní péči. Tento typ zdravotnické soustavy však má i své nevýhody spočívající ve své nepružnosti a jisté byrokratičnosti, častým problémem se stávají dlouhé čekací doby pro některé typy zdravotní péče. Na tyto problémy se snaží reagovat reformy v jednotlivých zemích.

Model či typ evropského pluralitního zdravotnictví je typický pro země západní a střední Evropy, zejména Německa, Francie, Rakouska, Nizozemí a Švýcarska. Jedná se o systém nestátního zdravotnictví, kdy státu je ponechána pouze role vnějšího kontrolora a garanta, který nese odpovědnost za dostupnost péče značného rozsahu všem občanům. Stát ovšem vytváří legislativní a ekonomické podmínky celého systému. Provádění zdravotní péče, financování a vnitřní kontrola je svěřena nezávislým nestátním institucím – zdravotním pojišťovnám (fondům), samostatným zdravotnickým zařízením, občanům a jejich sdružením. Pro tento typ je charakteristické *zákonné zdravotní pojištění*. Mezi nevýhody tohoto typu patří i větší celkové náklady, oproti jiným systémům, rovněž i určitá těžkopádnost způsobená časově náročnou orientací tohoto typu na nové trendy. K tomuto typu zdravotnictví se přihlásila i Česká republika na začátku devadesátých let.

Typ tržního zdravotnictví je typickým mimoevropským systémem a jako příklad tržního zdravotního systému lze uvést systém ve Spojených státech amerických před rokem 2014. Jedná se o typ nestátního a pluralitního zdravotnictví, který je založen na individuální odpovědnosti občanů. Stát si ponechává pouze minimální záruky a to pro vymezené skupiny občanů. Většina obyvatel je odkázána na minimálně regulovaný trh zdravotnických služeb a soukromé pojištění, které je pro většinu obyvatel dobrovolné. Tento typ má řadu nevýhod, kritizována je zejména jeho nízká dostupnost pro většinu obyvatel a příliš vysoké náklady na jeho existenci. Ve Spojených státech amerických proběhla a probíhá již řadu let diskuse o změnách tohoto typu, který je pro evropské země s odlišnou kulturní a zejména sociální tradicí nepřijatelný. Ke konci roku 2009 došlo k přijetí zásadní právní úpravy celého systému, která by především měla rozšířit

okruh lidí se zdravotním pojištěním a tím i dostupnost zdravotní péče³ i pro zhruba 50 miliónů občanů, kteří nebyli pojištěni vůbec. Přechod na nový systém naráží ve Spojených státech amerických na řadu problémů včetně legislativních.⁴ Další vývoj v této zemi bude jistě velmi inspirativní pro systémy v evropských zemích.

2.2 Systémy financování zdravotní péče v evropských zemích

Na evropském kontinentu lze v současné době najít mnoho modelů financování zdravotních systémů, které mají některé znaky společné, jiné rozdílné. Teorie rozlišuje několik modelů či typů systémů, které ve své čisté podobě již nikde nenajdeme a mnohé prvky z jednoho i druhého systému lze najít v systému zdravotnictví jedné země. Tyto modely korespondují s modely systémů sociálního zabezpečení⁵.

Teorie rozlišuje:

- *Bismarckův systém zdravotního pojištění*
- *Beveridgeův systém národní zdravotní služby*
- *Centralizovaný systém zdravotnictví (tzv. Semaškův)*

Bismarckův model sociálního zdravotního pojištění vychází zejména z *pojišťovacího principu*, kdy náklady zdravotní péče jsou hrazeny povinným zdravotním pojištěním, respektive z příspěvků na zdravotní pojištění. Do fondu přispívají pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Zdravotní pojištění se vztahuje na všechny osoby s trvalým pobytem v dané zemi. Fondy, do kterých je odváděno pojistné, jsou spravovány samosprávnými zdravotními pojišťovnami (nebo jinými institucemi) soukromého nebo veřejnoprávního charakteru. Výše pojistného je obvykle stanovena s ohledem na velikost příjmu pojištěnce. Základ tohoto modelu zdravotního pojištění položil v 19. století německý říšský kancléř Bismarck. Tento systém lze například najít v německých zemích či ve státech střední Evropy.

³ Jedná se především o zavedení povinnosti mít zdravotní pojištění, zákazu pojišťovnám odpírat občanům pojištění kvůli jejich zdravotnímu stavu, zavedení zvláštní burzy pojištění. Uvedení největší reformy zdravotního pojištění od roku 1965 v život bude pro stávající politické představitele značně náročné. Reforma byla již v březnu 2010 modifikována a naráží rovněž na malou podporu veřejnosti.

⁴ Mnozí z odpůrců reformy zdravotního systému argumentovali například protiústavností povinnosti mít sjednané zdravotní pojištění pod hrozbou pokuty po 1.1.2014.

⁵ Viz například Tröster P. a kol: Právo sociálního zabezpečení, C.H.Beck, Praha 2000, s. 76.

Pro Beveridgeův systém národní zdravotní služby je typické, že na rozdíl od předchozího systému, který je financován pomocí příspěvků na zdravotní pojištění, je tento systém financován převážně ze všeobecných daní, státních nebo municipálních rozpočtů. Příkladem tohoto systému je systém Národní zdravotní služby (National Health Service) ve Velké Británii. Základy tohoto systému položil právě ve Velké Británii ekonom Beveridge v polovině 20. století. Tento model se vyznačuje univerzálním pojistným krytím populace, s poskytováním zdravotní péče ve veřejných zdravotnických zařízeních nebo u smluvně vázaných poskytovatelů zdravotní péče s různou vlastnickou formou [*Němec J. Principy zdravotního pojištění*. Praha: GRADA Publishing, 2008: s. 19].

Třetím systémem, který naše zdravotnictví zažilo v druhé polovině dvacátého století před rokem 1989, je centralizovaný systém zdravotnictví a někdy se také nazývá tzv. Semaškův⁶. Tento systém se vyznačuje tím, že zdravotní péče je financována prostřednictvím státního rozpočtu a kontrolována vládou pomocí centrálního plánování. V tomto systému neexistuje soukromé zdravotnictví, ale pouze státní. Jedná se o velmi neefektivní a nákladný systém. Za zakladatele tohoto typu zdravotního systému bývá někdy považován sovětský politický funkcionář Semaško, který položil základy tohoto systému v první polovině 20. století.

2.3 Veřejnoprávní a soukromoprávní zdravotní pojištění

V průběhu svého vývoje se ustálily dvě základní formy pojišťování zdraví respektive zdravotního pojištění a to forma veřejnoprávní a soukromoprávní⁷.

Veřejnoprávní (sociální) zdravotní pojištění charakterizují tyto základní znaky:

- jedná se o systém obligatorního zdravotního pojištění
- pojištění provádí ze zákona právnické osoby – státní orgány nebo veřejnoprávní korporace (zdravotní pojišťovny, fondy)
- je stanoven osobní i věcný rozsah pojištění

⁶ Někteří autoři např. Němec J. in: *Principy zdravotního pojištění*. opak.cit. 2008: s. 20 jej považují za krajní formu Beveridgeova modelu

⁷ J. Němec rozlišuje formu statutárního zdravotního pojištění a privátního zdravotního pojištění – viz Němec J. *Principy zdravotního pojištění*, opak.cit. 2008: s. 17.

- příspěvky do systému jsou zákonně definovány

Soukromoprávní (komerční) zdravotní pojištění naopak charakterizuje dobrovolnost daného pojištění, kdy je řešení otázky péče o zdraví ponecháno na občanovi a jeho volbě. Pojištění poskytují většinou soukromé organizace (soukromé zdravotní pojišťovny), které spravují soukromé prostředky na základě smluvních vztahů s klienty, tyto organizace mohou mít ziskový nebo neziskový charakter. Na rozdíl od veřejnoprávního systému, příspěvky (pojistné) jsou nastaveny podle hodnocení individuálního rizika konkrétního pacienta – pojištěnce.

Oba shora vymezené systémy jsou ideálním typem, každý z nich doznává v konkrétních zemích určitých modifikací. Vztahy mezi soukromoprávním a veřejnoprávním zdravotním pojištěním se v průběhu let stále vyvíjí. V některých zemích dochází k jejich vzájemnému propojení, kdy veřejnoprávní zdravotní pojištění kryje rozsah poskytované základní zdravotní péče, naopak soukromoprávní zdravotní pojištění je pak *doplňkovým* systémem – dobrovolným připojištěním, které finančně kryje služby a zdravotní péče poskytovanou nad rámec veřejnoprávního zdravotního pojištění. Určitou výjimku v tomto hraje Česká republika, která je klasickým příkladem veřejnoprávního zdravotního pojištění s minimální možností pojištění soukromého.

Jako další rozlišení zdravotního pojištění, které autoři uvádějí, lze uvést například rozlišení na individuální zdravotní pojištění či skupinové zdravotní pojištění [viz *Němec J.* Principy zdravotního pojištění. opak. cit., 2008: s. 19].

Česká republika svým systémem zdravotního pojištění patří do okruhu států evropského systému pluralitního zdravotnictví, kdy zdravotní pojištění je prováděno zdravotními pojišťovnami. Financováním zdravotního pojištění pomocí pojistného na všeobecné zdravotní pojištění zařazuje naši zemi do okruhu států s tradicí Bismarckova modelu financování. Tento model financování je z historického hlediska pro české země typický, historický přehled vývoje zdravotního pojištění v českých zemích podává kapitola 3.

2.4 Vybrané příklady právní úpravy v evropských zemích

Německo

Základem německé právní úpravy zdravotního pojištění je právní úprava v páté knize spolkového zákona o sociálním zabezpečení (Socialgesetzbuch) z roku 1988. Německo má svoji tradici v Bismarckově modelu z roku 1883, kdy bylo zavedeno povinné průběžné financování pojištění, určené pro námezdní dělníky. V průběhu 20. století došlo k rozšiřování okruhu osob, které byly postupně zahrnuty do zákonného pojištění.

V Německu vedle sebe existuje systém veřejného zdravotního pojištění (zákonné pojištění), který je povinný pouze pro zaměstnance do určité výše platu a dále systém soukromého zdravotního pojištění. V systému veřejného zdravotního pojištění zdravotní pojištění provádí zdravotní pojišťovny (nemocniční fondy), které proplácejí poskytovanou zdravotní péči. Zároveň tyto fondy mají v kompetenci i výkon nemocenského pojištění a proplácení mateřských dávek. Zákonné pojištění poskytuje v Německu jak věcné tak i peněžité plnění. Pro soukromé zdravotní pojištění se mohou pojištěnci - zaměstnanci rozhodnout od stanovené příjmové hranice, dále je toto pojištění pro osoby samostatně výdělečně činné a další okruh určených osob (úředníci, soudci apod.). Pro pojištěnce, kteří mají povinné veřejné zdravotní pojištění, může sloužit i jako doplňkové zdravotní pojištění.

Hlavním zdrojem financování zdravotních pojišťoven⁸ v systému veřejného zdravotního pojištění jsou příspěvky od zaměstnanců a zaměstnavatelů. Příspěvky na zdravotní pojištění nese přibližně napůl zaměstnavatel a zaměstnanec. V porovnání s Českou republikou jsou příspěvky zaměstnanců výrazně vyšší. Sazba příspěvku na zdravotní pojištění činila do roku 2014 15,5 % příjmů podléhajících povinnému příspěvku. U soukromých zdravotních pojišťoven se výše příspěvku řídí podle věku, pohlaví, předchozích onemocnění a zvolených plnění.

K reformám právní úpravy zdravotního pojištění došlo postupně od roku 1994 do roku 2009. V roce 1996 bylo například nově upraveno s cílem zefektivnění celého systému právo volby zdravotní pojišťovny⁹. Povinnost mít zdravotní pojištění (veřejné nebo soukromé) byla zavedena s účinností od počátku roku 2009. Do budoucna se nadále

⁸ Počet zdravotních pojišťoven ve veřejném systému zdravotního pojištění přesahuje číslo 200.

⁹ Toto právo je omezeno tím, že pojištěnci mohou změnit zdravotní pojišťovnu pouze jednou do roka.

počítá se zachováním tzv. duálního systému v rámci německého zdravotnictví tj. s paralelní existencí veřejného i soukromého zdravotního pojištění [Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, opak.cit. 2009: s.18].

Rakousko

Rakouský systém zdravotního pojištění je včleněn v rámci systému sociálního pojištění k důchodovému, úrazovému a pojištění pro případ nezaměstnanosti. Jedná se o systém povinného zdravotního pojištění podle zákona o všeobecném sociálním zabezpečení. Ačkoliv podle rakouské ústavy leží odpovědnost za výkon zdravotní péče na federální vládě, odpovědnost za implementaci a provádění zákonné úpravy leží na devíti zemských správách.

Výkon pojištění provádí zdravotní pojišťovny, mezi kterými neexistuje významná konkurence. Povinné zdravotní pojištění vzniká na základě zaměstnání nebo podle místa bydliště pojištěnce a vztahuje se i na rodinné příslušníky. Pojistné na zdravotní pojištění se dělí mezi zaměstnance a zaměstnavatele [Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, opak.cit. 2009: s. 26]. Vedle veřejnoprávního systému existuje i možnost doplňkového soukromého pojištění, které kryje náklady nehrazené ve veřejném systému a nabízí i možnost krytí nadstandardní péče. Vedle úkolů souvisejících s poskytováním zdravotní péče, rakouské zdravotní pojišťovny rovněž shromažďují příspěvky na úrazové a důchodové pojištění a pojištění pro případ nezaměstnanosti.

Právní úprava rakouského systému doznává postupných změn, nejedná se o nějaké zásadní reformy jako například v předchozím případě Německa.

Velká Británie

Britský systém poskytování zdravotní péče je příkladem modifikovaného Beveridgeova modelu pojištění. Tento systém státního zdravotnictví, které je tradičně financováno z daňových příjmů státního rozpočtu, zajišťuje zdravotnické služby celé populaci dle jejich potřeb bez ohledu na schopnost jedinců za péči platit [Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, opak.cit. 2009: s. 38].

Právní základ má v dokumentu zveřejněném v roce 1944 – Bílé knize o Národní zdravotní službě (The White Paper: a National Health Service), který spolu se zákonem

o zdraví z roku 1999 upravuje podmínky poskytování zdravotní péče. Administrativní výkonnou složkou veřejného zdravotnictví jsou zdravotní úřady¹⁰. Všechny osoby trvale bydlící ve Velké Británii mají právo na zdravotní péči poskytovanou veřejným zdravotnictvím. Odpovědnost za její dostupnost leží na zdravotních úřadech. Vedle systému, financovaném z daní existuje i zákonné veřejné pojištění, které platí pracující osoby od určité výše příjmu. Od roku 2000 se ve Velké Británii uskutečňuje řada reforem se zaměřením na oblast nemocniční péče. V rámci těchto reforem bylo posíleno postavení soukromých pojišťoven, kdy soukromé pojištění nadále zůstává vedle spoluúčasti pacientů doplňkovým zdrojem financování zdravotní péče. Zdravotní péče je tak nadále hrazena převážně z veřejných zdrojů (z daní a doplňkových plateb národního pojištění).

Francie

Francie má systém poskytování zdravotní péče založen na všeobecném povinném zdravotním pojištění. Lze ji tedy zařadit mezi země, které nesou tradici Bismarckova systému zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění je, podobně jako v jiných zemích, součástí sociálního zabezpečení. Dalším základním principem, který provází celé francouzské zdravotnictví, je zavedený princip svobodné volby zdravotní péče bez doporučení lékaře. Spočívá ve volném rozhodování pacienta navštívit specialistu nebo nemocnici bez doporučení svého lékaře. Zdravotní pojištění vykonávají neziskové a nezávislé zdravotní pojišťovny, největší je Národní zdravotní pojišťovna se svými regionálními a místními pobočkami. Dále existují i specializované zdravotní pojišťovny např. pro pracovníky v zemědělství. Příspěvek na zdravotní pojištění u zaměstnanců je odvozován od výše platu (s určenou výší pro zaměstnance i zaměstnavatele).

K významným změnám ve francouzském zdravotnictví došlo v roce 2004. Reforma reagovala na problémy spojené především s každoročním dluhem v systému a měla za cíl snížit jeho výdaje. Reforma byla zaměřená na posílení odpovědnosti pacienta (byl například zaveden regulační poplatek za zdravotní péči za návštěvu lékaře a den hospitalizace) a změnu jeho chování v systému (Francie patří mezi země s vysokými náklady na léčbu pacientů včetně nákladů za léčiva). Vzhledem k vysoké spoluúčasti pacientů, je ve Francii ve velké míře využíváno doplňkové zdravotní pojištění u

¹⁰ Ve Velké Británii tak nedošlo ke vzniku zdravotních pojišťoven, které by zajišťovaly výběr pojistného.

soukromých pojišťoven. Většina obyvatel ve Francii je tak dnes i soukromě pojištěna, kdy hlavním impulsem pro toto rozhodnutí byla právě narůstající spoluúčasť.

Právní úpravě slovenského systému zdravotního pojištění je věnována samostatná kapitola 5 této práce.

3. Právní úprava zdravotního pojištění v České republice

Kapitola se zabývá historickým vývojem právní úpravy v České republice ve dvacátém století do roku 1990, historickým vývojem vztahu pojištění zdravotního a nemocenského do současnosti. Dále je podán přehled pramenů práva právní úpravy zdravotního pojištění v ČR a základních principů, na nichž je systém zdravotního pojištění v ČR postaven.

3.1 Historický přehled pojišťování zdraví na území ČR ve 20. století

Pojišťování zdraví navázalo ve 20. století na předchozí etapu, která začala již v druhé polovině 19. století. V rámci rakouské monarchie došlo k zavedení povinného sociálního, úrazového a nemocenského pojištění. Jednalo se o tři zákony, které bývají souhrnně označovány jako *Taafeho reforma* – zákon č. 1/1888 ř.z., o úrazovém pojištění dělníků, zákon č. 33/1888 ř.z., o nemocenském pojištění a zákon č. 127/1889 ř.z., o bratrských pokladnách. Zákon o úrazovém pojištění dělníků se vztahoval na dělníky, kteří pracovali v provozech s vysokým rizikem. Zprvu byly pojištěny pouze úrazy v rámci provozů, později došlo k dalšímu rozšíření např. o pracovní úrazy na cestě do práce apod. Úrazové pojištění prováděly dělnické úrazové pojišťovny v Praze a Brně. Podle zákona o povinném nemocenském pojištění z roku 1888 byli pro případ nemoci pojištěni zaměstnanci průmyslu, živností a obchodu. Státní správa vedle podpůrných institucí, jež zůstaly zachovány, začala zřizovat pro výkon nemocenského pojištění okresní nemocenské pokladny [Niklíček, L. Čeští lékaři a povinné nemocenské pojištění v letech 1888 – 1938. <http://www.sasp.cz/novinky/26102001.htm> (zveřejněno 7.5.2010): s.1,2]. Zákon o bratrských pokladnách upravoval nemocenské

pojištění horníků. Správu pojištění dle tohoto zákona vykonávaly revírní bratrské pokladny.

Nově vzniklé Československo systém rakouského sociálního zákonodárství převzalo¹¹ a tento systém platil až do roku 1924.

V roce 1924 došlo k přijetí nové právní úpravy. Národní shromáždění přijalo *zákon č. 221/1924 Sb. z. a n., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří*. Tento zákon navazující na předchozí právní úpravu v rámci rakouské monarchie vstoupil v účinnost od 1.7.1926 a platil až do roku 1948, kdy byl na základě nově přijatého zákona č. 99/1948 Sb. z. a n. zrušen.

Jednalo se o *komplexní* právní úpravu pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. Na základě zákona byly pojištěny osoby, které v republice vykonávaly práce nebo služby na základě pracovního, služebního nebo učňovského poměru a domácí dělníci. Tento zákon se nevztahoval na státní zaměstnance, zaměstnance cizích zastupitelských úřadů a horníky. Pojištění pro případ nemoci vznikalo dnem nástupu pojištěnce do příslušného zaměstnání, zanikalo, když pojištěnec přestal být zaměstnancem.

Zákon rozšířil nároky na nemocenské dávky, zaměstnanci a zaměstnavatelé podle tohoto zákona platili nemocenským pojišťovnám povinnou částku. Dělnické pojištění bylo rozděleno do 10 tříd podle výše příjmu pojištěnce.

Nemocenské pojištění bylo prováděno prostřednictvím *nemocenských pojišťoven*¹². Zákon upravoval jejich právní formu, organizační strukturu a okruh činností. Nemocenské pojišťovny byly právnické osoby sui generis. Základní jednotkou celého systému se staly okresní nemocenské pojišťovny. Dále ještě existovaly i jiné typy pojišťoven s odlišným okruhem působnosti. Jednalo se například o závodní nemocenské pojišťovny provádějící pojištění zaměstnanců v rámci jednoho podniku, zemědělské nemocenské pojišťovny, gremiální nemocenské pojišťovny.

Dozor nad nemocenskými pojišťovnami prováděl nadřízený orgán - *Ústřední sociální pojišťovna* – právnická osoba, které zákon svěřil kompetence v oblasti provádění invalidního a starobního pojištění. Tato instituce podléhala také sama doзору ze strany Ministerstva hospodářství a práce.

¹¹ A doplnilo – na základě přijatých zákonů zejm. č. 207/1919 Sb. z. a n. a č. 268/1919 Sb. z. a n.

¹² Zákon nově zavedl namísto dřívějšího názvu nemocenské pokladny název nemocenské pojišťovny.

Nemocenské pojišťovny byly povinny ze zákona zajistit pojištěnci v případě potřeby první pomoc v nemoci, zdarma lékařskou pomoc, léky a terapeutické pomůcky. Zdravotní péče se poskytovala do skončení nemoci, maximálně jeden rok. Zaměstnancům náležela dávka nemocenského, jehož výše byla odstupňována podle zákonem stanovených mzdových tříd. Nemocenské se poskytovalo od čtvrtého dne pracovní neschopnosti. Finanční prostředky přicházely do systému prostřednictvím plateb pojistného, výše pojistného se odvíjela právě od zařazení pojištěnce do příslušné mzdové třídy.

Okresní nemocenské pojišťovny vedly vyjma agendy nemocenského pojištění, i agendu invalidního a starobního pojištění pro Ústřední sociální pojišťovnu, což vedlo i mimo jiné k vysokým správním nákladům těchto pojišťoven. Nemocenské pojišťovny (dříve pokladny) se sdružovaly ve svazech nemocenských pojišťoven. Od roku 1919 byla příslušnost k těmto svazům obligatorní [Niklíček L., opak. cit., 2010 : s. 5]. Toto převzal i zákon č. 221/1924 Sb. z. a n., kdy zakotvil povinnost pro nemocenské pojišťovny podléhající dozoru ze strany Ústřední sociální pojišťovny, být členem Ústředního svazu nemocenských pojišťoven v Praze. Svazu jako právnické osobě podléhající rovněž dozoru Ústřední sociální pojišťovny zákon svěřil kompetence v oblasti společných zájmů pojišťoven (např. vyjednávání s lékaři, právní pomoc jednotlivým nemocenským pojišťovnám, revizní činnost v oblasti spotřeby léků).

Zákon 221/1924 Sb. z. a n. byl doplněn a změněn zákonem 184/1928 Sb. z. a n. , kdy se změnil osobní rozsah pojištění, mzdových tříd a výše pojistného a další drobné úpravy.

Řada zásad v zákoně o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří nebyla ve skutečnosti dodržována. Nemocenské pojišťovny byly vybudovány na samosprávném principu, jejich vedoucí orgány měly být voleny. V praxi však volby do těchto pojišťoven neprobíhaly [Niklíček L., opak. cit., 2010: s.4].

Pojištění veřejných zaměstnanců státu bylo upraveno v roce 1925, kdy byl přijat *zákon č. 221/1925 Sb. z. a n., o nemocenském pojištění zaměstnanců*. Pojištění podle tohoto zákona vykonával *Léčebný fond veřejných zaměstnanců* – právnická osoba sui generis se sídlem v Praze. Tento fond zajišťoval v případě nemoci péči o zaměstnance a jejich rodinné příslušníky okruhu veřejných zaměstnanců (zaměstnanci státních podniků, veřejných fondů, samospráv apod.). Pojistné bylo ve výši 2 % ze stálých služebních požitků (polovinu hradil zaměstnanec a polovinu zaměstnavatel). V případě nemoci

pojištěnci nepobírali nemocenské dávky jako pojištěnci dle zákona z roku 1924, ale plný plat až po dobu jednoho roku. Zvýhodnění byli i v případě úrovně léčebné péče [Niklíček L., opak. cit.,2010: s.5].

Návrhy právní úpravy zdravotního pojištění v Československu po 2. světové válce se snažily navázat na předchozí vývoj v předmnichovské republice. Vývoj se ubíral směrem k přípravám nové zákonné úpravy národního pojištění, které vyústilo k přijetí zákona č. 99/1948 Sb. z. a n., o národním pojištění. Zákon byl na svou dobu velmi pokrokový, vycházel z Beveridgeova modelu národního pojištění, který byl publikován v Anglii v roce 1942 [Tröster P. a kol.: Právo sociálního zabezpečení (4. přepracované a doplněné vydání). Praha: C.H.Beck, 2008: s. 33]. Tento zákon přispěl k odstranění roztržičnosti sociálního pojištění, kdy došlo ke sloučení nemocenského a sociálního pojištění do jednoho povinného systému. Byla tedy zavedena komplexní právní úprava sociálního pojištění v rámci jednoho zákona.

Zákon upravoval pojištění pro případ nemoci a mateřství (nemocenské pojištění), stáří, invalidity, ztráty živitele smrtí a pro případ úrazu (důchodové pojištění). Podle tohoto zákona byli povinně pojištěni zaměstnanci v pracovním, nebo obdobném poměru, osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ), spolupracující členové rodin OSVČ, důchodci a nezaměstnaní. Povinné pojištění vznikalo u zaměstnanců dnem nástupu do zaměstnání, u OSVČ a spolupracujících členů jejich rodin dnem počátku výkonu činnosti podléhající pojištění. Zákon upravil ohlašovací povinnost pro zaměstnavatele, vyměřovacím základem pro dávky a pojistné u zaměstnanců se stal jejich celkový příjem ze zaměstnání.

Systém národního pojištění byl financován především z pojistného, které bylo odlišné pro různé kategorie pojištěnců (výše pojistného zákon stanovil procentními sazbami z vyměřovacího základu), dále pak ze státních příspěvků a výnosů z majetku. Sociální pojištění prováděla *Ústřední národní pojišťovna* - právnická osoba se sídlem v Praze, jediný orgán provádějící národní pojištění. Ústřední národní pojišťovna měla ve svých pravomocích zejména řídit, organizovat a jednotně upravovat činnost všech složek národního pojištění, dále vydávat směrnice a zásady pro provádění pojištění, řídit zdravotní péči atd. Svoji činnost měla vykonávat prostřednictvím svého ústředí a územních organizačních složek (národní pojišťovny, okresní národní pojišťovny). K 1. 7. 1948 byly zákonem zrušeny veškeré předchozí instituce provádějící pojištění

(Ústřední sociální pojišťovna v Praze, nemocenské pojišťovny, Léčebný fond veřejných zaměstnanců, svazy nemocenských pojišťoven).

Zákon upravil dozor nad prováděním národního pojištění, velmi podrobně zákon upravil rozhodovací činnost pojišťovny a rovněž i opravné prostředky proti rozhodnutím pojišťovny. Opravné řízení ve věci rozhodování pojišťovny (formou výměrů) bylo svěřeno do pravomoci pojišťovacích soudů (případně vrchního či nejvyššího pojišťovacího soudu), které rozhodovaly i ve věcech sporů mezi pojišťovnou a veřejnými zdravotními ústavy, ve sporech o dávkách z pojištění apod. Fakt, že zákon o národním pojištění byl na svoji dobu velmi moderní a pokrokový dokládá i skutečnost, že upravil i otázku připojištění nad rámec povinného pojištění jak pro oblast nemocenského, tak i důchodového pojištění.

Další vývoj v 50. a 60. letech byl poznamenán odklonem od principu sociálního pojištění. Základní změnu přinesl rok 1952, ve kterém došlo k rozdělení jednotného systému národního pojištění a to na základě zákona č. 102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění¹³ a zákona č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči. Zdravotní péče byla svěřena Ministerstvu zdravotnictví a národním výborům. Ústřední národní pojišťovna byla zrušena¹⁴ a úhrady péče převzal stát. Stát poskytoval preventivní a léčebnou péči přednostně bezplatně všem účastníkům národního pojištění a jejich rodinným příslušníkům. Ve stejné době byla zestátněna zdravotnická zařízení¹⁵. Poskytování zdravotní péče (základní preventivní a léčebné péče) bylo organizováno podle zdravotních obvodů vymezených národními výbory.

Postupně byly zřízeny krajské a okresní ústavy národního zdraví, které se staly jedinými zaměstnavateli zdravotnických pracovníků¹⁶. Zákon č. 99/1948 Sb. z. a n. byl postupně novelizován tak, že jednotlivé pasáže byly postupně rušeny, v roce 1956 byl zrušen definitivně.

V roce 1966 byl přijat s účinností od 1.7.1966 *zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu*, který platil ve své původní podobě až do 31. 12. 1991 a nahradil zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči a řadu prováděcích právních předpisů. Zákon

¹³ Na základě tohoto zákona došlo k oddělení nemocenského od důchodového pojištění.

¹⁴ K 1. 1. 1952 přešel bez náhrady veškerý movitý i nemovitý majetek Ústřední národní pojišťovny do rukou státu.

¹⁵ V zákoně bylo zakotveno, že všechna zařízení poskytující léčebnou a preventivní péči zřizují a provozují orgány státní zdravotní správy.

¹⁶ Na základě prováděcího nařízení k zákonu č. 103/1951 Sb.

vycházel ze *zásady poskytování bezplatné péče o zdraví ze strany státu*. Stát poskytoval bezplatně zdravotnické služby prostřednictvím svých zařízení v rozsahu a za podmínek stanovených v zákoně. Zdravotní péče byla financována z všeobecných daní. Finanční prostředky ze státního rozpočtu plynuly do krajů a okresů z Ministerstva financí prostřednictvím krajských a okresních národních výborů.

3.2 Historický vývoj vztahu nemocenského a zdravotního pojištění v České republice

Vztah nemocenského a zdravotního pojištění v České republice prošel až do současnosti během svého vývoje několika obdobími.

Prvorepublikový zákon č. 221/1924 Sb. z. a n., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří, který navázal na předchozí rakouský systém upravoval nemocenské pojištění, jehož součástí bylo i zdravotní pojištění respektive poskytování/zajištění/úhrada zdravotní péče.

V roce 1948 bylo na základě přijatého zákona č. 99/1948 Sb. z. a n., o národním pojištění nemocenské a zdravotní pojištění upraveno v rámci jednoho systému, podobně jako v předchozí úpravě.

Vývoj přijatému komplexnímu systému národního pojištění nepřál a tak v průběhu padesátých let dvacátého století došlo i ke změnám vztahu nemocenského a zdravotního pojištění. Došlo k oddělení obou systémů, kdy správu nemocenského pojištění převzalo Revoluční odborové hnutí, a vrcholným orgánem se stala Ústřední rada odborů s úkolem řídit, organizovat a spravovat nemocenské pojištění a kontrolovat jeho provádění. Základním právním předpisem pro oblast nemocenského pojištění se stal zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců. Poskytování/zajištění/úhrada zdravotní péče byla svěřena do rukou státu (viz předchozí kapitola).

V průběhu devadesátých let byl celý systém poskytování zdravotní péče podroben celkové reformě a počáteční úvahy se vztahovaly rovněž i k budoucímu vztahu k systému nemocenského pojištění. Původní koncepce projednávané v roce 1991 vycházely z jednotné úpravy nemocenského a zdravotního pojištění v rámci jednoho systému. Na toto propojení byl připravován i systém zdravotního pojištění po své

organizační stránce, kdy i vznikající zaměstnanecké zdravotní pojišťovny očekávaly svěření kompetencí v oblasti nemocenského pojištění. Na tuto skutečnost je upozorňováno i v důvodové zprávě k návrhu zákona č. 280/1992 Sb.¹⁷: „*Spojení obou druhů pojištění pod jednou institucí by vyřešilo i problémy vyplývající z případného odlišného posouzení délky pracovní neschopnosti ošetřujícím a posudkovým lékařem.*“ [Důvodová zpráva k návrhu zákona, tisk 654, Česká národní rada, volební období 1990 - 1992].

Úvahy o propojení obou systémů byly v konečné podobě konkrétních východisek a návrhů opuštěny a další osudy nemocenského a zdravotního pojištění, systémů tak blízkých a vzájemně podmíněných, se ubíraly opět oddělenou cestou dalšího vývoje.

Nemocenské pojištění zůstalo v kompetenci resortu Ministerstva práce a sociálních věcí, jeho proplácení bylo svěřeno České správě sociálního zabezpečení. Několikrát se objevily i návrhy na propojení či sblížení obou systémů, spolu se systémem úrazového pojištění. K realizaci v podobě nové právní úpravy ovšem nedošlo.

3.3 Přehled pramenů práva veřejného zdravotního pojištění v ČR

K hlavním pramenům právní úpravy zdravotního pojištění v České republice patří především **obecně závazné právní předpisy** (obecně závazné normativní právní akty) a **normativní právní smlouvy**. Důležité místo zaujímají i *nálezy Pléna Ústavního soudu ČR* publikované ve Sbírce zákonů.¹⁸

Mezi prameny práva se po vstupu ČR do Evropské unie zařadilo i **právo Evropské unie** (komunitární/unijní právo). Pro oblast zdravotního pojištění se jedná především o *koordinační nařízení Rady ES (EU)* o aplikaci soustav sociálního zabezpečení mezi jednotlivými členskými státy.¹⁹

¹⁷ Původní návrh zákona obsahoval ustanovení, že zřizovatel může zaměstnanecké zdravotní pojišťovně, která splní podmínky stanovené příslušným Ministerstvem práce a sociálních věcí, povolit i výkon nemocenského pojištění. Výkon této činnosti se měl řídit zákony o nemocenském pojištění. Tento návrh však nebyl v rámci legislativního procesu přijat.

¹⁸ Jedná se o nálezy Pléna Ústavního soudu, kterými se ruší právní předpisy nebo jejich části pro jejich rozpor se zákonem, ústavními zákony nebo mezinárodními smlouvami podle článku 10 Ústavy České republiky.

¹⁹ Viz samostatná kapitola - část 4.5.1.

3.3.1 Ústavní základy

Jako východisko pro právní úpravu veřejného zdravotního pojištění má význam především Listina základních práv a svobod (dále v textu i jako „Listina“), jež je součástí ústavního pořádku. Rozhodující je především formulace obsažená v hlavě čtvrté nazvané "Hospodářská, sociální a kulturní práva", konkrétně v článku 31 Listiny:

"Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon."

Toto ustanovení sehrálo ve vývoji právní úpravy veřejného zdravotního pojištění v České republice klíčovou roli, vyvolalo a dodnes i vyvolává právní i politickou debatu na téma „bezplatné zdravotnictví“.

Prostřednictvím první věty tohoto článku se stát a společnost hlásí k uznání přirozeného práva člověka na ochranu zdraví. V této souvislosti lze poukázat na skutečnost, že oproti jiným právům a svobodám, které obsahuje *Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod*, právo na ochranu zdraví v této multilaterální smlouvě na rozdíl od Listiny explicitně není [Havlíček K. – Hemelík T. Nad veřejným zdravotním pojištěním. Praha: Orac, 1998 : s.13]. Pojem "každý" znamená, že právo na ochranu zdraví přiznává Listina každé osobě bez ohledu na to, zda je či není občanem České republiky.

Z ustanovení věty první Listiny tedy vyplývá, že každý je oprávněn učinit pro ochranu svého zdraví vše, co je v jeho možnostech, nikomu tak nemůže být bráněno využít služeb ze zdravotního pojištění nehrazených, je-li ochoten ji uhradit. Současně ustanovení dává právo požadovat v případě nutné a neodkladné péče ochranu zdraví a života poskytnutím první pomoci bez ohledu na skutečnost, zda jde o pojištěnce, popřípadě zda zdravotnické zařízení, které nutnou a neodkladnou péči poskytuje má či nemá uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou [Mach J. a kol. Zdravotnictví a právo – komentované předpisy (druhé rozšířené a doplněné vydání). Praha: LexisNexis CZ, 2005:s.94-95].

Na rozdíl od první věty čl. 31 Listiny, přiznává právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon pouze účastníkům systému

veřejného zdravotního pojištění. Toto rámcové ustanovení plně odkazuje na zákonnou úpravu, která by přesně vymezila podmínky systému veřejného zdravotního pojištění. Rozsah zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění nemůže být stanoven podzákonným právním předpisem. Na druhou stranu ne všechny zdravotní výkony a ne všechna zdravotní péče musí být na základě tohoto ustanovení z veřejného systému hrazeny [Mach J. a kol. opak. cit.,2005: s.95].

Rámcovost ustanovení věty druhé čl. 31 Listiny způsobila a působí řadu interpretačních problémů týkající se především otázek protiústavnosti některých zákonných a podzákonných právních úprav veřejného zdravotního pojištění. Diskuse na toto téma neustávají ani v současné době a zdá se, že ani v nejbližší budoucnosti nebude od nich upuštěno.

V souladu s čl. 36 Listiny se ten, kdo má za to, že jeho právo zaručené čl. 31 Listiny bylo porušeno, může domáhat realizace tohoto práva u soudu. Ústavní stížnost připadá v úvahu, pokud by soudy obecné žalobu zamítly a občan by považoval postup obecných soudů za porušení svých práv zaručených čl. 31 Listiny [Mach J. a kol. opak. cit.,2005: s.95]²⁰.

Výše zmíněný článek 31 Listiny dále rozvádějí *zákonné úpravy* veřejného zdravotního pojištění, jež vymezují a rozvádějí základní principy veřejného zdravotního pojištění, základní vztahy a okruh oprávněných osob, věcný rozsah a financování pojištění, způsoby úhrad a organizaci zdravotní péče.

Nemalého významu mezi prameny práva mají i navazující *prováděcí předpisy* - zejména nařízení vlády České republiky a vyhlášky ústředních správních úřadů (Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí) obsahující podrobnější úpravu.

Významným (i když pro zvolenou analýzu okrajovým pramenem práva) jsou **mezinárodní smlouvy**²¹. Jedná se o mezinárodní smlouvy přijaté podle čl. 10 Ústavy,

²⁰ Stávající právní úprava zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v § 11 odst. 2 dává pojištěncovi možnost v případě, že mu nejsou poskytovány hrazené služby (náležitá zdravotní péče) v souladu se zákonem, může si podat nejprve stížnost podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

²¹ Pokud jde o mezinárodní úroveň, není možné nezmínit i úmluvy přijaté v rámci Mezinárodní organizace práce, dále pak v rámci Rady Evropy přijatou Evropskou sociální chartu. Tyto dokumenty jsou ale přímo upraveny (nebo by měly být) v rámci vnitrostátních norem.

kteře jsou po jejich ratifikaci prezidentem ČR (s níž vyslovil Parlament ČR souhlas) a vyhlášení bezprostředně závazné. Pro oblast veřejného zdravotního pojištění mají význam zejména *smlouvy bilaterální*, které se zaměřují na vzájemnou spolupráci a koordinaci v oblasti zdravotního pojištění. Význam těchto smluv je především v tom, že zakotvují rovnost nakládání s pojištěncem při poskytování zdravotní péče při čerpání v druhém státě. Tyto bilaterální smlouvy dále určují kolizní pravidla pro určování rozhodných právních předpisů.

3.4 Výchozí principy systému zdravotního pojištění v České republice

Systém zdravotního pojištění v ČR vychází z principů charakteristických pro veřejnoprávní zdravotní pojištění. Základním principem prolínajícím celým systémem je *princip obligatornosti pojišťovacího systému*. Zdravotní pojištění je zákonem upraveno jako obligatorní – povinné a to formou kogentní zákonné právní úpravy. Kogentní úpravou jsou stanoveny důvody vzniku a zániku zdravotního pojištění, okruh plátců pojistného, jejich práva a povinnosti, práva a povinnosti pojištěnců a další podmínky, jimiž se řídí vztahy v systému veřejného zdravotního pojištění

Dále je zdravotní pojištění vybudováno na *principu sociální solidarity pojištěnců*, kdy občané s vyššími příjmy přispívají na zdravotní pojištění vyšším pojistným než občané s nižšími příjmy a na *principu solidarity zdravých s nemocnými*, kdy zdravý občan nečerpá nebo čerpá z pojistných fondů jen nižší částky než občan nemocný, jehož náklady na zdravotní péči jsou vyšší²².

Již na samotném počátku nastartování systému bylo rozhodnuto také o výchozím *principu plurality pojišťovacích institucí*, kdy zdravotní pojištění neprovádí pouze jedna pojišťovací instituce (zdravotní pojišťovna). Výběr pojišťovací instituce dále vychází ze *zásady svobodné volby příslušné zdravotní pojišťovny*.

Významným je rovněž *princip universality osobního rozsahu zdravotního pojištění* znamenající, že jde o pojištění všeobecně platné, dostupné pro všechny osoby v zákoně

²² Tröster P. a kol.: Právo sociálního zabezpečení (4. přepracované a doplněné vydání). Praha: C.H.Beck, 2008, s.139.

vyjmenované, jimž se na základě jednotné právní úpravy hradí poskytnutá zdravotní péče v rozsahu stanoveném v zákoně [Tröster P. a kol., opak. cit., 2008: s.139].

Pokud jde o samotný vztah zdravotního a nemocenského pojištění, je pro systém zdravotního pojištění charakteristický *princip oddělení zdravotního a nemocenského pojištění*.

Samotná právní úprava těchto principů je dále uvedla do své zákonné podoby. Je nutné zdůraznit, že tyto základní principy zůstaly zachovány po celou dobu vývoje právní úpravy zdravotního pojištění v České republice dosud. V rámci zákonných změn došlo pouze k jejich dílčí modifikaci – například u práva svobodné zdravotní pojišťovny. Tyto změny vyvolaly zkušenosti s aplikací původních zákonných norem, které byly přijaty v letech 1992 a 1993.

4. Vývoj právní úpravy veřejného zdravotního pojištění v České republice po roce 1990

4.1 Etapa 1990 – 1992 - „období transformace“

Československá republika stála na počátku devadesátých let před nelehkým problémem transformace systému státního zdravotnictví na systém, který by odpovídal evropskému standardu. Potřeba změn v organizaci a financování zdravotnických služeb i celého systému vyžadovala reformní kroky a nastartování nového systému.

Budoucí reformou se začaly již od počátku devadesátých let zabývat řady odborníků²³. Na úrovni české vlády²⁴ byl schválen v prosinci roku 1990 koncepční dokument „*Návrh nového systému zdravotní péče*“, který se stal východiskem pro vývoj celého zdravotního systému. V rámci tohoto dokumentu bylo rozhodnuto o volbě systému veřejnoprávního zdravotního pojištění jako základního mechanismu pro financování zdravotnických služeb v České republice, rovněž byla zvolena jako jeden ze základních znaků vícezdrojovost financování zdravotní péče. Zároveň bylo rozhodnuto o rychlé variantě nastartování nového systému a to především z důvodů nové daňové reformy, která byla chystána od počátku roku 1993.

²³ Například „Skupina pro reformu“ (SKUPR), která publikovala své návrhy v květnu 1990 v materiálu nazvaném „Návrh reformy péče o zdraví“.

²⁴ V rámci Československé federace spadal resort zdravotnictví pod kompetenci republikových vlád.

Základ právní úpravy veřejnoprávního zdravotního pojištění se začal odvíjet již v roce 1991. Česká národní rada přijala v tomto roce dva klíčové zákony – v prosinci byl přijat ***zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění*** a dále ***zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky***. Současně byla také provedena novela zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Organizační stránku zdravotního pojištění pak doplnil ***zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách***. Na tyto zákony pak navázal v roce 1992 přijatý ***zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění***.

Prvním krokem směrem k novému systému zdravotního pojištění byla novelizace zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a to na základě ***zákona č. 548/1991 Sb.*** přijatém Českou národní radou spolu s klíčovými zákony upravující všeobecné zdravotní pojištění v prosinci 1991. Právní úprava v zákoně odstranila centralistický model zdravotnictví s monopolem státní zdravotní správy a dala předpoklady pro vznik nového systému, založeném na vícezdrojovém financování zdravotnictví. Nově tak zdravotní péči mohla poskytovat i zdravotnická zařízení jiných než státních subjektů. V § 11 zákona č. 20/1966 Sb. bylo upraveno, že zdravotní péče se poskytuje bez přímé úhrady na základě všeobecného zdravotního pojištění v rozsahu stanoveném zvláštními předpisy nebo na základě smluvního zdravotního připojištění. Dále ustanovení zákona specifikovalo, že zdravotní péče může být poskytována za plnou nebo částečnou úhradu s tím, že její vymezení a výši určí Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Ministerstvem financí ČR formou vyhlášky. Novela zákona o péči o zdraví lidu vstoupila v účinnost 1. ledna 1992.

V roce 1992 byla zdravotní péče financována prostřednictvím Všeobecné zdravotní pojišťovny. Zdrojem se staly vyčleněné prostředky státního rozpočtu v závěru roku 1991. Rok 1992 se stal přechodným obdobím i pro platby vůči jednotlivým zdravotnickým zařízením, kdy jim byly finanční prostředky přidělovány zálohovým způsobem, který jen částečně zohledňoval počet výkonů s ohledem na postupné přijímání nové legislativy.

4.1.1 Všeobecné zdravotní pojištění

Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění vycházel z principů, které již byly zmíněny v předchozí kapitole. Přijatý zákon tvořilo šest částí, které upravovaly *osobní a věcný rozsah zdravotního pojištění, jeho vznik a zánik, právní úpravu plátců pojistného, jejich práva a povinnosti, základní ustanovení organizace zdravotního pojištění a základní úpravu pokut a přírážek k pojistnému*.

Zákon vycházel z již zmíněného ustanovení článku 31 Listiny základních práv a svobod, které předpokládá zákonnou úpravu veřejného zdravotního pojištění. Na základě všeobecného zdravotního pojištění tak podle přijaté zákonné úpravy byla poskytována *potřebná zdravotní péče bez nutnosti její přímé úhrady v rozsahu stanoveném tímto zákonem a Zdravotním řádem* [§ 1 zákona o všeobecném pojištění]. Zdravotní péči obecně vymezil novelizovaný zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu s odkazem na navazující zákonnou úpravu [§ 11 zákona č. 20/1966 Sb.].

Rozsah potřebné zdravotní péče upravil § 2 odst. 1 zákona o všeobecném pojištění (mezi potřebnou zdravotní péči podle této právní úpravy patřila mimo jiné i ambulantní i ústavní léčebná péče, péče o chronicky nemocné, preventivní péče podle obecně závazných předpisů atd.). Zákon taxativně vymezil rozsah poskytované zdravotní péče s tím, že další specifikaci rozsahu potřebné zdravotní péče a podmínek jejího poskytování ponechal na navazujícím prováděcím předpisu – *Zdravotní řádu*. Zdravotní řád vydávaný formou nařízení vlády ČR se stal ze zákona závazným pro všechny zdravotní pojišťovny. Ty mohly upravit rozsah zdravotní péče mimo rámec Zdravotního řádu pouze ve prospěch svých pojištěnců.

Zákon o všeobecném pojištění zavedl do zdravotnického práva nový institut *dohodovacího řízení*²⁵. Institut dohodovacího řízení lze definovat jako zákonem stanovený způsob utváření právních a ekonomických vztahů mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami. Jedním ze tří typů dohodovacího řízení se stalo právě dohodovací řízení ke Zdravotnímu řádu, kterého se kromě VZP a ostatních zdravotních pojišťoven, účastnili i zástupci smluvních zdravotnických zařízení, profesních organizací a odborných vědeckých společností.

²⁵ Zákon o všeobecném pojištění dal vznik 3 podobám dohodovacího řízení – ke Zdravotnímu řádu, dále k Seznamu výkonů s bodovými hodnotami a k Seznamu léčiv a prostředků zdravotnické techniky.

Zákonné zdravotní pojištění se vztahovalo na tento okruh osob (*osobní rozsah zdravotního pojištění*):

- občany ČSFR s trvalým pobytem na území České republiky;
- občany ČSFR v pracovním nebo obdobném poměru na území ČR nebo samostatně výdělečně činné mající trvalý pobyt na území Slovenské republiky;
- občany ČSFR bez trvalého pobytu na území ČSFR v pracovním poměru nebo obdobném poměru k zaměstnavateli se sídlem nebo trvalým pobytem na území ČR;
- cizí státní příslušníky bez nároku na poskytnutí bezplatné péče na základě mezinárodních smluv v pracovním poměru k zaměstnavateli se sídlem nebo trvalým pobytem na území ČR.

Občanům ČSFR s trvalým pobytem na území ČR a dále občanům SR pracujícím na území ČR dále zákon garantoval hrazení nutného a neodkladného léčení v cizině a to do výše nákladů spojených s takovým léčením na území České republiky.

Zdravotní pojištění na základě zákona vznikalo:

- narozením (občané ČSFR s trvalým pobytem na území ČR);
- dnem nástupu do pracovního nebo obdobného poměru nebo zahájením samostatné výdělečné činnosti na území ČR (občané s trvalým pobytem na území SR);
- nabytím občanství ČSFR a získáním trvalého pobytu na území ČR;
- dnem nástupu do pracovního nebo obdobného poměru na území ČR (občané ČSFR bez trvalého pobytu, cizí státní příslušníci, osoby bez státní příslušnosti);
- získáním trvalého pobytu na území ČR (občané ČSFR žijící mimo území ČSFR).

Zánik zdravotního pojištění pak zákon upravil podobně jako vznik. Pojištění zaniklo na základě úmrtí pojištěnce nebo prohlášením za mrtvého, skončením pracovního nebo obdobného poměru nebo ukončením samostatné výdělečné činnosti.

Právní úprava plátců pojistného byla koncipována tak, že každý pojištěnec se stal ze zákona současně plátcem zdravotního pojištění. Pojištěnec byl plátcem pojistného vždy, pokud roli plátce pojistného nepřevzal v případech stanovených v zákoně stát. Bylo taxativně vymezeno, které skupiny osob jsou osvobozeny od platby pojistného a za

které je plátcem pojistného stát prostřednictvím státního rozpočtu – například nezaopatřené děti, uchazeči o zaměstnání, osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřeby atd. [§ 6 odst. 4 zákona o všeobecném pojištění]. Posledním okruhem plátců se ze zákona stali zaměstnavatelé zaměstnávající pojištěnce v pracovním nebo obdobném poměru.

Zákon o všeobecném pojištění vymezil, kdy vzniká povinnost *pojištěncům, zaměstnavatelům* či *státu* tedy plátcům pojistného platit pojistné²⁶. Výši a způsob placení pojistného a poplatků z prodlení ponechal na *zvláštní* zákonné úpravě. Zákon zároveň stanovil, že pojistné za zaměstnance bude hradit z jedné třetiny zaměstnanec a ze dvou třetin jeho zaměstnavatel.

Třetí část zákona tvořila úprava práv a povinností plátců pojistného a pojištěnců. Pro plátce pojistného zákon zakotvil splnit oznamovací povinnost, kterou se rozumělo jak přihlášení, tak i odhlášení u zdravotní pojišťovny příslušného pojištěnce. Právní úprava byla nastavena pro všechny kategorie pojištěnců a specifikovala, kdo je subjektem oznamovací povinnosti.

Jako jedno ze základních práv pojištěnců bylo zakotveno *právo na svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení* ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou. Toto právo mohlo být uplatněno pouze jednou za tři měsíce, aby nedošlo k příliš častému přecházení pacientů od jednoho lékaře (zdravotnického zařízení) k druhému. Zároveň bylo zakotveno i právo lékaře odmítnout převzetí pojištěnce do péče z důvodů uvedených v daném zákoně. Mezi základní práva pojištěnců zákon zakotvil rovněž i *právo na svobodný výběr pojišťovny* provádějící všeobecné zdravotní pojištění, jehož možnost uplatnění byla koncipována stejně jako v případě práva na svobodnou volbu lékaře. Mezi další práva pojištěnců zakotvil mimo jiné i *právo na úhradu nákladů spojených se zdravotní péčí poskytnuté v rozsahu stanoveném zákonem*. Základními povinnostmi pojištěnců se staly především povinnost hradit pojistné příslušné zdravotní pojišťovně a plnit oznamovací povinnost vůči některé ze zdravotních pojišťoven. Na tato ustanovení pak dále navázala pátá část zákona upravující sankční opatření v případech nesplnění oznamovací povinnosti.

²⁶ V případě pojištěnců dnem nástupu do pracovního nebo obdobného poměru nebo zahájením samostatné činnosti nebo dnem, kdy skončila povinnost státu platit za pojištěnce pojistné ve smyslu § 6 odst. 4 zákona o všeobecném pojištění nebo dnem, kdy skončila povinnost platit pojistné z pracovního poměru nebo samostatné výdělečné činnosti.

Zákon o všeobecném pojištění v § 12 upravil, že *zdravotní pojištění provádějí zdravotní pojišťovny* – Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a resortní, oborové, podnikové, popřípadě i jiné pojišťovny, jejichž vznik a činnost upraví *zvláštní zákon*. Byly vymezeny základní úkoly zdravotních pojišťoven, zejména povinnost úhrady nákladů potřebné zdravotní péče poskytnuté pojištěncům ze strany zdravotnických zařízení. Tato péče měla být hrazena na základě *smluv* uzavřených se zdravotnickými zařízeními vždy na dobu dvou let s možností výpovědi při porušení smluvních podmínek. Smlouvy měly být uzavírány pouze na rozsah péče, kterou bylo zdravotnické zařízení oprávněné poskytovat.

Povaha nových právních vztahů v rámci vznikajícího systému veřejnoprávního zdravotního pojištění doznala dvou podob. První skupinu vytvořily vztahy vznikající *ze zákona (ex lege)* a druhou skupinu právě vztahy *smluvní (ex contractu)*. V první skupině se jedná zejména o vztahy vzniku, zániku zdravotního pojištění. Pokud jde o vztahy zdravotní pojišťovna – poskytovatel zdravotní péče, pojištěnec a příslušná zdravotní pojišťovna, jedná se o druhou skupinu vztahů smluvních.

Úhrada poskytované péče byla nastavena tak, že jednotlivé zdravotnické výkony byly hrazeny podle *Seznamu výkonů s bodovými hodnotami*, vydaném ve formě vyhlášky Ministerstva zdravotnictví na základě výsledků dohodovacího řízení. Rovněž úhrada léčiv a prostředků zdravotnické techniky byla koncipována tak, že výše úhrady se odvíjela od *Seznamu léčiv a prostředků zdravotnické techniky* vydaném na základě výsledků dohodovacího řízení ve formě vyhlášky Ministerstva zdravotnictví.

Navazující zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky stanovil v období prvních dvou let *kontraktační povinnost*²⁷ uzavřít smlouvu s každým zdravotnickým zařízením, které o to požádá. Zároveň zákon o VZP stanovil, že každé zdravotnické zařízení je povinné v tomto období uzavřít smlouvu s VZP, pokud o to požádá²⁸.

Zákon o všeobecném pojištění v § 14 upravil i kontrolní povinnosti zdravotních pojišťoven - kontrolu využívání a poskytování potřebné zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě. Jednalo se pouze o *rámcové ustanovení*, které kontrolní mechanismy

²⁷ V roce 1992 byl zároveň přijat zákon č. 160/1992 Sb., o nestátních zdravotnických zařízeních, která začala vznikat již v daném roce, aniž by VZP na úhradu péče získala finanční prostředky.

²⁸ Tato povinnost se v roce 1992 nevztahovala na zdravotnická zařízení financovaná ze státního rozpočtu České republiky.

předpokládalo ve dvou úrovních. První úroveň tvořil informační systém příslušné zdravotní pojišťovny a druhou úroveň síť revizních lékařů příslušné zdravotní pojišťovny. Zároveň zákon rámcově a nedostatečně zakotvil i kontrolu státních orgánů ČR nad zdravotními pojišťovnami. Kontrola hrazené péče ze strany pojišťoven byla pro pojištěnce nastavena tak, že zákon zakotvil povinnost poskytnout pojištěncům stejnopis účtu za poskytnutou zdravotní péči.

Zákon stanovil sankce za nesplnění oznamovací povinnosti a dalších povinností vyplývajících ze zákona. Pro rozhodování zdravotních pojišťoven ve věcech platby pojistného, přírážek a pokut zákon stanovil formu platebních výměrů. Dále bylo upraveno, že na rozhodování zdravotních pojišťoven se vztahují obecné předpisy o správním řízení.

Zákon ve své šesté části upravil možnost pro zdravotní pojišťovny uzavřít *smluvní pojištění nebo připojištění*, které se mělo stát doplňkem k systému všeobecného pojištění. Smluvní pojištění mělo krýt zdravotní péči osobám mimo systém povinného všeobecného pojištění. Připojištění mělo krýt péči poskytnutou nad rámec potřebné zdravotní péče stanovené ve Zdravotním řádu.

Zákon o všeobecném pojištění nabyl účinnosti 1. ledna 1992 s tím, že vybraná ustanovení týkající se především plátců zdravotního pojištění vstoupila v účinnost až od 1. ledna 1993 v souvislosti se změnou daňového systému. Do této doby ještě plátců zdravotního pojištění neexistovali a celý systém připravený na počátku roku 1992 měl svůj skutečný start teprve v roce 1993.

4.1.2 *Pojistné na všeobecné zdravotní pojištění*

Okruh plátců pojistného, jejich základní práva a povinnosti stanovil zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění. Dne 20. listopadu 1992 přijala Česká národní rada zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Tento zákon *upravil výši pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, penále, způsob jejich placení, kontrolu a vedení evidence plátců pojistného* [§ 1 zákona o pojistném].

Výše pojistného byla nastavena na 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období. Zákon dále vymezil *vyměřovací základ* pro jednotlivé skupiny plátců pojistného. Vyměřovacím základem pro osoby v pracovním nebo obdobném poměru (zaměstnanců)

se stal úhrn příjmů zúčtovaných mu zaměstnavatelem v souvislosti s výkonem zaměstnání. Zákon taxativně stanovil, které příjmy se do tohoto úhrnu nezapočítávají. Minimálním vyměřovacím základem pro zaměstnance se stala výše minimální mzdy pracovníků v pracovním poměru odměňovaných měsíční mzdou. Rozhodným obdobím pro výpočet pojistného se stal kalendářní měsíc.

Vyměřovacím základem u osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) se stal příjem z podnikání nebo z jiné samostatné výdělečné činnosti, snížený o výdaje vynaložené na jejich dosažení, zajištění a udržení. Rozhodným obdobím se stal předcházející kalendářní rok. Zákon stanovil pro OSVČ minimální výši vyměřovacího základu ve výši dvaceti čtyřnásobku minimální mzdy a zároveň určil maximální výši, ze které se odvádí pojistné a to v pevně stanovené částce 540 000 Kčs.

Vyměřovací základ u osob, za které ze zákona vznikla státu povinnost platit pojistné, byl ve své původní podobě nastaven na částku tvořící 70 % *minimální mzdy*. Zákon o pojistném dále stanovil i vyměřovací základ pro osoby s vlastními příjmy a bez zdanitelných příjmů a dále pro osoby se souběhem činností.

Bylo stanoveno, že pojistné se odvádí na příslušný účet Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky nebo jiné zdravotní pojišťovny, u které je příslušný pojištěnec pojištěn. Zaměstnavatelé odvádí část pojistného, které jsou povinni platit za své zaměstnance a současně odvádí i část pojistného, které je povinen platit zaměstnanec a to, i bez jeho souhlasu formou srážky ze mzdy. Odvod pojistného u osob samostatně výdělečně činných byl nastaven ve formě měsíčních záloh a případného doplatku splatném vždy dnem podání daňového přiznání za uplynulý kalendářní rok. Odvod pojistného u osob, za které je plátcem pojistného stát byl stanoven ve formě měsíční platby prostřednictvím Ministerstva financí na zvláštní účet vedený u Všeobecné zdravotní pojišťovny, kde docházelo k jeho přerozdělení podle počtu pojištěnců a dále podle jejich věkové struktury.

Jako sankci za nezaplacení pojistného nebo jeho zálohy na pojistné zákon upravil penále, jehož výše byla stanovena na 0,1 % z dlužné částky na den.

Velmi významnou částí zákona o pojistném se stala část třetí týkající se *přerozdělování pojistného*. Zákon vytvořil mechanismus přerozdělování pojistného mezi všemi zdravotními pojišťovnami provádějící zdravotní pojištění. Přerozdělování pojistného bylo zavedeno s cílem zabránit případné selekci pojištěnců s vyšší věkovou strukturou,

na které ve většině případů plynou vyšší částky z prostředků zdravotních pojišťoven. Předpokladem pro toto přerozdělení se stalo zřízení jednotného zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění, který byl zřízen u Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, nezávisle však na její vlastní činnosti a vlastní struktuře pojištěnců. Přerozdělovací mechanismus byl nastaven tak, že část pojistného získávaly zdravotní pojišťovny přímo a část pojistného se přerozdělovala prostřednictvím zvláštního účtu Všeobecné zdravotní pojišťovny. Přerozdělením tak zdravotní pojišťovny získají za osoby, za které je plátcem stát částku vyšší než zaplatilo Ministerstvo financí. Přerozdělovací mechanismus byl od počátku nastaven tak, že se přerozdělovala pouze část pojistného vybraného všemi zdravotními pojišťovnami.

Zákon o pojistném ve své závěrečné části obecně upravil kontrolu placení pojistného ze strany pověřených pracovníků příslušné zdravotní pojišťovny. Za nesplnění nebo porušení některých povinností byla v zákoně upravena sankce ve formě pokut ze strany zdravotních pojišťoven. Pokuty se staly příjmem zdravotních pojišťoven.

Vedení evidence – registru všech pojištěnců všeobecného zdravotního pojištění bylo svěřeno VZP respektive Ústřední pojišťovně VZP. VZP byly rovněž svěřeny kompetence v oblasti vydávání příslušných tiskopisů potřebných k hlášení údajů podle zákona.

Zákon o pojistném vstoupil v účinnost 1. ledna 1993.

4.1.3 Právní úprava zdravotních pojišťoven

Těsně navazujícím zákonem na zákon o všeobecném pojištění se stal zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Zákon o všeobecném pojištění vytvořil pouze rámec organizační struktury provádění zdravotního pojištění s tím, že samotný základ organizační struktury ponechal na samostatné zákonné úpravě. Ale již v této zákonné úpravě se předpokládal vznik Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a zároveň dalších zdravotních pojišťoven provádějících zdravotní pojištění.

Zákonná úprava pro ostatní zdravotní pojišťovny vznikla až s přijetím zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, který Česká národní rada přijala na základě poslanecké iniciativy v dubnu roku 1992.

Pluralitní systém více zdravotních pojišťoven – VZP a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven²⁹ byl zvolen zejména s cílem dosáhnout jistého konkurenčního prostředí mezi pojišťovnami – ve formě doplňkových úhrad nad rámec potřebné zdravotní péče. Toto bylo i hlavním argumentem předkladatelů zákonné úpravy zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven³⁰. Resortní zaměstnanecké zdravotní pojišťovny měly být určeny zejména zaměstnancům všech organizací založených nebo zřízených jedním ministerstvem³¹, oborové zaměstnanecké zdravotní pojišťovny byly určeny pro zaměstnance jednoho oboru³², podnikové zaměstnanecké zdravotní pojišťovny pro zaměstnance jednoho či více podniků. Zákonná úprava měla ambici navázat na tradici nemocenských pojišťoven (původně pokladen), které vznikaly na území Československa již od osmdesátých let 19. století a byly zrušeny na základě zákona č. 99/1948 Sb. Potřeba zřídit zaměstnanecké zdravotní pojišťovny byla dle důvodové zprávy k návrhu zákona motivována snahou o navázání na osvědčenou tradici, možnosti úhrady nad rámec potřebné péče zaměstnancům v oblasti závodní preventivní a specifické zdravotní péče, zajištění lepších služeb a dosažení konkurenčního prostředí ve snaze dosažení úspor [Důvodová zpráva k návrhu zákona, tisk 654, Česká národní rada, volební období 1990 - 1992].

Všeobecná zdravotní pojišťovna vznikla ze zákona jako *právnícká osoba, vystupující v právních vztazích svým jménem, s možností nabývat práv a povinností a nést odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících*.³³ Stejná právní forma byla později zvolena i pro zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. Odlišností pro zaměstnanecké zdravotní pojišťovny se stala skutečnost, že zákon o ZZP stanovil pro tyto zdravotní pojišťovny *povinný zápis do obchodního rejstříku*.

Na rozdíl od zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, byla Všeobecná zdravotní pojišťovna jako jediná zdravotní pojišťovna v České republice zřízena samotným zákonem. Vznik zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven byl od počátku nastaven

²⁹ Pokud je dále v textu používán termín zaměstnanecká zdravotní pojišťovna nebo zaměstnanecká pojišťovna je tím míněna zdravotní pojišťovna vzniklá na základě zákona o ZZP.

³⁰ Návrh zákona v České národní radě předložila skupina poslanců napříč politickým spektrem, Ministerstvo zdravotnictví jejich tehdejší návrh podpořilo.

³¹ Na základě této koncepce tak vznikla například Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky.

³² Například Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank.

³³ VZP se stala zároveň ze zákona právním nástupcem Správy všeobecného zdravotního pojištění, zřízené při Ministerstvu zdravotnictví, která na základě zákona o VZP zanikla.

odlišně. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny zřizovalo od počátku svým rozhodnutím Ministerstvo práce a sociálních věcí na základě žádosti podnikatelských subjektů nebo příslušného ministerstva. Zákon o ZZP dále specifikoval podmínky nezbytné pro vznik zaměstnanecké zdravotní pojišťovny: doložení ze strany žadatele, že zaměstnává nebo v jeho organizaci působí *nejméně 20 000 zaměstnanců*, předložení rozboru předpokládaných příjmů a výdajů zaměstnanecké zdravotní pojišťovny spolu s pojistným plánem, návrhu statutu, závazek žadatele pokrýt pořizovací náklady zaměstnanecké zdravotní pojišťovny a souhlas většiny zaměstnanců [§ 4 zákona o ZZP]. Zákon o ZZP stanovil pro žadatele pro případ nesplnění podmínky minimálního počtu pojištěnců výjimku v tom smyslu, že případný chybějící počet do jedné poloviny bylo možno nahradit budoucími pojištěnci mimo okruh vlastních zaměstnanců.

Zákon o ZZP dále upravil podmínky, kdy dochází ke zrušení zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. Podle původní verze zákona se zaměstnanecká zdravotní pojišťovna zrušila *splynutím* či *sloučením* s VZP nebo jinou zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou na základě dohody těchto zdravotních pojišťoven se souhlasem jejich zřizovatele. Druhým způsobem zrušení se stala, po předchozím vyčerpání jiných opatření, *likvidace*. Zákon o ZZP stanovil, že rozhodnutí o likvidaci musí obsahovat způsob převodu pojištěnců k VZP nebo jiné zaměstnanecké zdravotní pojišťovně.

Právní úprava stanovila, že *příjmy* zdravotních pojišťoven tvoří především platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu, dále vlastní zdroje vytvořené využíváním fondů zdravotní pojišťovny, příjmy z přírážek k pojistnému, pokut a poplatků z prodlení, v neposlední řadě také dary a ostatní příjmy.

Výdaje zdravotních pojišťoven zahrnuly platby za úhrady potřebné zdravotní péče poskytované na základě smluv uzavřených se zdravotnickými zařízeními, úhrady nákladů nutného neodkladného léčení v cizině, náklady na činnost zdravotních pojišťoven a platby jiným zdravotním pojišťovnám nebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za zdravotní služby poskytnuté pojištěncům dané pojišťovny.

Obě zákonné normy upravující organizaci zdravotních pojišťoven dále zakotvily, že pojišťovny vytváří a spravují základní fond zdravotního pojištění a rezervní fond. *Základní fond zdravotního pojištění* slouží od samého počátku k úhradě zdravotní péče a je tvořen platbami pojistného. *Rezervní fond* byl vytvořen pro krytí neočekávaných

výkyvů ve spotřebě základního fondu zdravotního pojištění a jeho součástí se stal i majetek příslušné zdravotní pojišťovny. Finanční prostředky na založení rezervního fondu poskytl podle zákona o VZP státní rozpočet ČR. Pro případ platební neschopnosti VZP po vyčerpání rezervního fondu, zákon zaručil krytí nákladů poskytnuté zdravotní péče ze strany státního rozpočtu ČR. V případě vyčerpání jedné poloviny rezervního fondu zaměstnanecké zdravotní pojišťovny zákon stanovil povinnost předložit zřizovateli návrh opatření.

Zákon o ZZP stanovil, že zaměstnanecká zdravotní pojišťovna může vytvářet fond úhrad pro úhradu závodní preventivní a specifické zdravotní péče a další účelové fondy a fond připojištění podle rozhodnutí správní rady příslušné pojišťovny. U VZP zřizování jiných fondů podléhalo rozhodnutí Správní rady Ústřední pojišťovny.

Pro všechny zdravotní pojišťovny obě zákonné normy uložily povinnost zabezpečit oddělenou evidenci všech fondů a oddělenou evidenci majetku a používání finančních prostředků.

Způsob tvorby a použití fondů zaměstnanecké zdravotní pojišťovny a uložení finančních prostředků fondů zákon o ZZP neupravil a odkázal na vyhlášku Ministerstva financí. Podobně se tomu i stalo v případě VZP, kdy zákonná norma odkázala na prováděcí právní předpis.³⁴

V roce 1992 byl základní fond Všeobecné zdravotní pojišťovny tvořen přiděly ze státního rozpočtu České republiky. Naopak právní úprava zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven jasně deklarovala, že základní ani rezervní fond pojišťoven není vytvářen přiděly ze státního rozpočtu. V roce 1992 musel žadatel pokrýt náklady na zřízení zaměstnanecké zdravotní pojišťovny ze svého disponibilního zisku.

Pro všechny zdravotní pojišťovny byla v obou zákonech uvedena povinnost vzniku informačního systému příslušné pojišťovny. Ani zákon o VZP, ani zákon o ZZP ale neupravil jistou propojenost informačních systémů všech pojišťoven, což se později ukázalo jako chybné řešení.

³⁴ V případě zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven se tak stalo na základě vyhlášky Ministerstva financí č. 268/1993 Sb., v případě VZP na základě vyhlášky Ministerstva financí č. 269/1993 Sb., kterými se stanovily bližší podmínky tvorby a užití rezervního fondu VZP a jednotlivých fondů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.

4.1.3.1 Organizační struktura Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky

Základ organizační struktury VZP tvořila od počátku právní úpravy *Ústřední pojišťovna, okresní pojišťovny a úřadovny* - detašovaná pracoviště okresních pojišťoven. Ústřední pojišťovna řídila činnost všech organizačních složek VZP, obdržela rozhodovací pravomoci v otázkách koncepce zdravotní politiky pojišťovny, informačního systému apod. Okresním pojišťovnám a jejich úřadovnám zákon svěřil výkon činnosti jménem VZP v rozsahu svěřeném jim organizačním řádem pojišťovny. Tyto organizační jednotky neobdržely právní subjektivitu.

Orgány pojišťovny tvořil *Sbor zástupců, Správní rada Ústřední pojišťovny a Dozorčí rada*. Orgány VZP a orgány okresních pojišťoven zabezpečovaly účast pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a státu na řízení pojišťovny. Orgány měly být od svého počátku tvořeny na *samosprávném principu* zástupci pojištěnců, státu a zaměstnavatelů.³⁵

Sbor zástupců jako nejvyšší orgán pojišťovny obdržel pravomoci v rozhodování o zásadních otázkách týkajících se její činnosti jako celku (schvalování stanov, organizačního a jednacího řádu pojišťovny, rozpočtu). Sbor zástupců se podle zákona o VZP skládal ze všech členů Správní rady Ústřední pojišťovny, jednoho zástupce ředitelství Ústřední pojišťovny a jednoho zástupce správní rady z každé okresní pojišťovny.

Správní rada Ústřední pojišťovny rozhodovala o důležitých věcech souvisejících s činností Ústřední pojišťovny a překládala výroční zprávu o činnosti pojišťovny Sboru zástupců. Členy Správní rady podle počáteční právní úpravy v zákoně o VZP tvořilo: deset členů - zástupců státu jmenovaných vládou ČR, deset členů – zástupců pojištěnců volených Českou národní radou a deset členů – zástupců zaměstnavatelů pojištěnců jmenovaných organizacemi podnikatelů zřízených podle zvláštního zákona.

Dozorčí rada pojišťovny dohlížela na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů pojišťovny a její celkové hospodaření. Jejími členy se staly dle zákona o VZP: po třech zástupci státu jmenovaní příslušnými ministerstvy, zástupci pojištěnců volení Českou

³⁵ Je ovšem velmi diskutabilní, zda nastavení systému voleb/jmenování do výše uvedených orgánů odpovídalo samosprávnému principu.

národní radou a zástupci zaměstnavatelů jmenovaní organizacemi podnikatelů. Orgány okresních pojišťoven tvořily správní rada a dozorčí rada.

4.1.3.2 Organizační struktura zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven

Oproti právní úpravě organizační struktury VZP, zákon o ZZP pouze velmi rámcově upravil organizační strukturu zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a stanovil, že organizační strukturu, postavení Správní rady a Dozorčí rady a ostatních orgánů zaměstnanecké zdravotní pojišťovny upraví statut, který schvaluje zřizovatel (Ministerstvo práce a sociálních věcí). V jednotlivých orgánech zákon o ZZP zabezpečil účast pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a státu (každému z jedné třetiny). Právní úprava způsobu obsazení míst v orgánech zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven byla koncipována tak, že zástupci zaměstnavatelů a zástupci pojištěnců byli od počátku do orgánů pojišťoven voleni, na rozdíl od zástupců státu, kteří byli od počátku jmenováni (ze strany zřizovatele). Následující tabulka podává přehled srovnání původních právních úprav obou zákonných norem.

Tabulka č. 1: Srovnání původních právních úprav v zákoně o VZP a zákona o ZZP

	<i>zákon č. 551/1991 Sb.</i>	<i>zákon č. 280/1992 Sb.</i>
Vznik zdravotní pojišťovny (ZP)	Na základě zákona	Rozhodnutím Ministerstva práce a sociálních věcí na základě žádosti podnikatelských subjektů nebo příslušného ministerstva
Právní povaha	Právnícká osoba sui generis	Právnícká osoba sui generis, povinný zápis do obchodního rejstříku
Organizační struktura ZP	Ústřední pojišťovna, okresní pojišťovny a úřadovny, Sbor zástupců, Správní a Dozorčí rada	Zákon ponechal organizační strukturu úpravě v rámci statutu příslušné pojišťovny
Zánik ZP	Neupraveno	Upraveno zrušením zaměstnanecké zdravotní pojišťovny: <ul style="list-style-type: none"> - splynutím nebo sloučením s VZP nebo jinou ZP - likvidací
Uzavírání smluv se zdravotnickými zařízeními	Upravena kontraktační povinnost na dobu prvních dvou let	Neupraveno

Zákon o ZZP vstoupil v účinnost dne 1.7.1992 s tím, že u vybraných ustanovení byla v souvislosti s daňovou reformou posunuta účinnost k 1.1.1993. Zákon o VZP vstoupil

v účinnost dne 1.1.1992 s tím, že podobně jako v předchozím případě byla účinnost některých ustanovení posunuta k 1. 1. 1993.

Právní úprava veřejného zdravotního pojištění v letech 1990 – 1992 byla poznamenána celkovou transformací českého práva. Právní úprava zdravotního pojištění nesla v tomto počátečním období tyto znaky:

- *došlo k naplnění cílů tvůrců reformy;*
- *právní úprava veřejnoprávního zdravotního pojištění v České republice byla přijata v rámci několika zákonných norem;*
- *zákon o všeobecném pojištění měl charakter lex generalis, úpravy vzniku a činnosti zdravotních pojišťoven a pojistného na všeobecné zdravotní pojištění se staly k tomuto zákonu lex specialis;*
- *pro tuto etapu byla příznačná snaha upravit v rámci zákonné úpravy pouze obecná pravidla a podmínky celého systému, zejména v zákoně o všeobecném pojištění;*
- *podrobnější úpravu zákony ponechaly normám nižší právní síly (například Zdravotnímu řádu);*
- *zákonné normy nedostatečně definovaly koexistenci Všeobecné zdravotní pojišťovny a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven;*
- *zcela nesystémově se od počátku právní úprava zdravotních pojišťoven rozpadla do dvou právních norem;*
- *právní úprava vzniku a zániku zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven v přijaté podobě zákona o ZZP byla upravena obecně;*
- *přijatá právní úprava postrádala nastavení jasných kontrolních mechanismů celého systému.*

I přes uvedené nedostatky se podařilo v této etapě naplnit cíle, které od ní byly očekávány. Byl nastartován systém všeobecného zdravotního pojištění, který svými znaky navázal na vývoj pojišťování zdraví před nástupem komunistické éry.

4.2 Etapa 1993 – 1996

Rozdělení Československé republiky na dva samostatné státy nemělo z pohledu celého systému zdravotního pojištění vliv na jeho stabilitu či nestabilitu. Příčinou byla i skutečnost, že resort zdravotnictví spadl do kompetencí vlády České republiky.³⁶ Změny v právní úpravě v letech 1993 a 1994 reagovaly spíše na přijaté změny v daňových zákonech a zákonech z oblasti sociálního zabezpečení. Významných změn doznaly analyzované zákonné úpravy v letech 1995 a 1996, kdy se začal celý systém zdravotního pojištění dostávat do ekonomických potíží, došlo k zániku prvních zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a prudce vzrostly výdaje na poskytovanou zdravotní péči, hrazenou z prostředků všeobecného zdravotního pojištění.

4.2.1 *Zákon o všeobecném zdravotním pojištění*

Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění neprošel v letech 1993 a 1994 významnými změnami. Těmi prošel zákon o všeobecném pojištění v roce 1995 po přijetí *zákona č. 59/1995 Sb.* Tento zákon mimo jiné právě novelizoval podstatnou část zákona o všeobecném pojištění. Důvodem pro jeho přijetí byla především nutnost zpřesnění a doplnění základních ustanovení o jednotlivých účastnících celého systému zdravotního pojištění a ne příliš lichotivá ekonomická situace v celém zdravotním systému, která si vynutila zavedení určitých nových ekonomických nástrojů v zákoně. Výraznou změnou prošla již první část zákona. Přijatý zákon č. 59/1995 Sb. zavedl do zákona o všeobecném pojištění *koncept rozdělení zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním na plně nebo částečně hrazenou*. Na základě zákona o všeobecném pojištění byla poskytovaná péče finančně krytá zdravotním pojištěním rozdělena na plně nebo částečně hrazenou, oproti předchozí úpravě, kdy zákon definoval pojem potřebná zdravotní péče.

V zákoně bylo rámcově vymezeno, co spadá pod zdravotní péči plně nebo částečně hrazenou. Okruh péče plně nebo částečně hrazené a další podrobnosti při poskytování zdravotní péče byl ponechán podobně jako v předcházejícím znění zákona na

³⁶ Na základě recepčních ustanovení ústavního zákona ČNR č. 4/1993 Sb., o opatřeních souvisejících se zánikem ČSFR, byly právní normy přijaté ČNR prohlášeny za platné pro Území ČR.

podzákoně právní normě – Zdravotnímu řádu. V novelizovaném § 2 zákona o všeobecném pojištění bylo stanoveno, že zdravotní péče plně nebo částečně hrazená se rozlišuje s ohledem na charakter postižení zdravotního stavu a objem finančních zdrojů na úhradu péče. Poskytovaná zdravotní péče označená ve Zdravotním řádu jako částečně hrazená byla ze zákona pojištěncům do 18 let hrazena plně. Dále bylo upraveno, že Zdravotní řád jako výsledek dohodovacího řízení mezi zástupci Ministerstva financí³⁷, VZP a ostatních zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, profesních organizací zřízených zákonem a odborných vědeckých společnostech vydává vláda ČR svým nařízením.

Zákon č. 59/1995 Sb. v podstatě novelizoval celou druhou část zákona o všeobecném pojištění, týkající se plátců pojistného na všeobecné zdravotní pojištění. Nadále zůstal zachován koncept tří plátců pojistného – pojištěnců, zaměstnavatelů a státu (prostřednictvím státního rozpočtu za vybrané okruhy osob).

Novela zákona přinesla rovněž změnu v právech a povinnostech plátců pojistného a pojištěnců, kdy například mezi oznamovací povinnosti zaměstnavatelů zákon zahrnul povinnost oznámit u příslušné zdravotní pojišťovny změnu pojišťovny zaměstnancem, oznámit skutečnosti rozhodné pro povinnosti státu platit pojistné apod. Zároveň zákon zařadil mezi nové povinnosti pojištěnců povinnost sdělit svému zaměstnavateli zdravotní pojišťovnu, u které je pojištěn.

Novela zákona nově *omezila právo pojištěnce na výběr zdravotní pojišťovny* [§ 10 odst. 1 písm. a) zákona o všeobecném pojištění]. Původní právní úprava dávala pojištěncovi právo na výběr pojišťovny provádějící zdravotní pojištění s tím, že toto právo směl pojištěnec uplatnit jednou za 3 měsíce. Na základě novely zákona o všeobecném pojištění bylo možné změnit zdravotní pojišťovnu jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního čtvrtletí. Zákon dále stanovil, že žádost o změnu zdravotní pojišťovny musí pojištěnec podat u vybrané pojišťovny nejméně dva měsíce před tímto dnem. Tato právní úprava byla přijata především s cílem zabránit neregulovanému pohybu pojištěnců mezi jednotlivými pojišťovnami. Nově bylo zakotveno, že zdravotní pojišťovna není oprávněna stanovit pojištěnci dobu, po kterou bude u ní pojištěn a rovněž není oprávněna vztah pojištěnce ke zdravotní pojišťovně sama ukončit. Právo na

³⁷ Není od věci upozornit na skutečnost, že se dohodovacího řízení nezúčastnili zástupci Ministerstva zdravotnictví.

výběr zdravotní pojišťovny bylo například úplně omezeno v případě narození dítěte, kdy zákon stanovil, že dítě se stává narozením pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození. O změnu zdravotní pojišťovny v případě dítěte šlo požádat až po přidělení rodného čísla ve stejných lhůtách jako u zletilých pojištěnců.

Změny doznaly i vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče. Nově zákon upravil smluvní vztahy, kdy úprava platnosti smluv vždy na dobu dvou let platila pouze v případě nedohody v rámci konkrétní smlouvy, s možností vypovězení smlouvy v případě porušení smluvních podmínek i před uplynutím sjednané doby. Dále bylo přijato ustanovení, které umožňovalo sjednat v rámci smluv mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami *omezení úhrady* vykázaných zdravotních výkonů v případě, že zdravotnické zařízení podstatně překračuje průměrné náklady na jednoho ošetřeného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny. Toto ustanovení bylo v rámci zákona přijato jako určitý ekonomický nástroj v rukou zdravotních pojišťoven, které se díky nadměrné spotřebě zdravotní péče dostávaly do ekonomických potíží. Seznam výkonů s bodovými hodnotami byl opět vydáván ve formě vyhlášky Ministerstva zdravotnictví. Maximální hodnoty bodu vydávalo Ministerstvo financí cenovým výměrem.

Vzhledem k ekonomickým problémům, které již zdravotní systém v této době doprovázely, byla novelizována i pátá část zákona o všeobecném pojištění upravující pokuty a přirážky k pojistnému.

4.2.2 Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění dosáhl změn již v roce 1993. Stalo se tak na základě přijetí zákona č. 15/1993 Sb. První změnou prošla právní úprava vyměřovacího základu, zejména u osob samostatně výdělečně činných a osob, za které je plátcem stát. U tzv. „pojištěnců státu“ došlo ke změně procentní částky, kdy vyměřovacím základem se stalo 77 % minimální mzdy. Pro OSVČ zákon o pojistném stanovil jako vyměřovací základ nejméně 45 % z příjmů z podnikání a jiné samostatně výdělečně činnosti, snížených o výdaje na dosažení, zajištění a udržení příjmu. Minimálním vyměřovacím základem se stal dvanáctinásobek minimální mzdy.

Další změny v zákoně o pojistném přinesl v daném roce zákon č. 161/1993 Sb., který nově upravil okruh taxativně vyjmenovaných nezapočitatelných příjmů, změnil a doplnil vyměřovací základ u zaměstnanců v pracovním nebo obdobném poměru a změnil procentní částku z příjmů u osob samostatně výdělečně činných a osob s příjmy z kapitálového majetku, pronájmu atd. z předchozích 45 na 35 %. Zákon dále upravil nově způsoby odvodů pojistného za OSVČ, osoby s vlastními příjmy a osob se souběhem činností.

Novela zákona o pojistném dále změnila výši placení penále za dlužné pojistné (nebo zálohy na pojistné) z původních 0,1 % na 0,3 % dlužné částky za každý den. Obdobně byla změněna i procentní výše dlužné částky u přeplatku na pojistném pro zdravotní pojišťovny.

V roce 1993 byl přijat zákon č. 324/1993 Sb., který přinesl drobné odchylky u právní úpravy vyměřovacího základu, odvodů pojistného u OSVČ. Změnami byl dotčen i mechanismus přerozdělování. K dalším drobným změnám došlo v zákoně o pojistném v souvislosti s přijetím zákonů č. 42/1994 Sb. a 241/1994 Sb.

Změny v právní úpravě zákona o pojistném přijaté v roce 1993 a 1994 se týkaly zejména zpřesnění a sladění některých částí původního znění zákona s potřebami praxe a reagovaly především na změny v oblasti daní a v oblasti pojistného na sociální zabezpečení. Obdobně tomu bylo, i v případě přijetí zákona č. 59/1995 Sb.

Zákon č. 59/1995 Sb. přinesl další změny v právní úpravě vyměřovacího základu pro výpočet pojistného na všeobecné zdravotní pojištění. Nová změna přinesla především zavedení *principu jediného vyměřovacího základu na pojištěnce*, bez ohledu na druhy jeho příjmů. Změnou opět prošla procentní částka minimální mzdy u osob, za které je plátcem stát, z původních 77 na 65 %. Přijatá změna procentní výše částky penále se na základě této novely dostala na svých původních 0,1 % z dlužné částky pojistného. Mezi významné změny zákona o pojistném lze zahrnout i změnu v právní úpravě povinné mlčenlivosti, kdy zákon nově umožnil její prolomení v souvislosti s právní úpravou daní a sociálního pojištění.

4.2.3 Právní úprava zdravotních pojišťoven

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky prošel v tomto období také řadou změn. K první změně došlo již na základě přijetí zákona č. 592/1992 Sb. a dále v roce 1993 na základě zákona č. 10/1993 Sb. Změna v zákoně o VZP se týkala poskytnutí garance ze strany státního rozpočtu v případě platební neschopnosti VZP po vyčerpání prostředků rezervního fondu, kdy zákonná úprava nově stanovila, že prostředky ze státního rozpočtu budou v takovém případě poskytnuty pouze ve formě návratné finanční výpomoci, maximálně do výše 50 % prokázaných finančních nedostatků.

Významné změny přineslo přijetí zákona č. 60/1995 Sb., který se stal novelou několika „zdravotnických zákonů“. Tento zákon si kladl za hlavní cíl *sblížit právní rámec činnosti subjektů, které provozují všeobecné zdravotní pojištění* [Důvodová zpráva k návrhu zákona – obecná část, tisk 1330, Poslanecká sněmovna PČR, volební období 1993 - 1996]. Zákon č. 60/1995 Sb. zavedl do právní úpravy zákona o VZP některé kontrolní mechanismy s cílem zlepšení nakládání s prostředky všeobecného zdravotního pojištění. Stanovil, že návrh zdravotně pojistného plánu, účetní uzávěrky a výroční zprávy za uplynulý rok předkládá VZP Ministerstvu financí. Vlastní schválení všech tří dokumentů zákon svěřil do rukou Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR po předchozím vyjádření vlády. V případě neschválení zdravotně pojistného plánu před 1. lednem kalendářního roku měla být činnost pojišťovny řízena pomocí provizoria, stanoveném Ministerstvem financí. Právní úprava neschválení pojistného plánu nebyla do té doby v zákonné podobě vůbec řešena.

Zákon č. 60/1995 Sb. přinesl změnu i v právní úpravě režimu rezervního fondu pojišťovny, kdy na rozdíl od předchozí právní úpravy, zákon stanovil způsob tvorby rezervního fondu a prostředky, které ho tvoří³⁸.

Kontrolu činnosti VZP novela zákona svěřila Ministerstvu financí. Zákon dále podrobněji rozvedl některá ustanovení o zavedení nucené správy nad VZP. Zákon

³⁸ Režim rezervního fondu byl stanoven podrobnějším způsobem. Z fondu byl vyjmut majetek pojišťovny. Omezeny byly možnosti nakládání s prostředky rezervního fondu tak, aby byla zajištěna jejich rychlá likvidita. Nově bylo upraveno, že prostředky rezervního fondu nebude moci použít v případě, kdy pojišťovna řádně nevybere pojistné s cílem motivovat pojišťovnu k vymáhání dlužného pojistného [Důvodová zpráva k návrhu zákona – zvláštní část bod 5, tisk 1330, Poslanecká sněmovna PČR, volební období 1993 - 1996].

upravil, že v případě platební neschopnosti této pojišťovny bude o poskytnutí návratné finanční výpomoci rozhodovat vláda ČR.

Další změny zákona o VZP přinesl *zákon č. 149/1996 Sb.* Tento zákon měl podobně jako předchozí novela zákona o VZP za cíl vnést do celého systému zdravotního pojištění jisté regulační a kontrolní mechanismy, které reagovaly na potřeby praxe. Schválené změny sledovaly cíl posílení ingerence státu v oblasti veřejného zdravotního pojištění, který je zodpovědný za efektivní financování zdravotnictví na úkor oslabení postavení pojišťoven.

Zákon č. 149/1996 Sb. přenesl některé pravomoci svěřené původně Ministerstvu financí do rukou Ministerstva zdravotnictví, které se stalo jediným ústředím správním úřadem pro oblast zdravotního pojištění. Zákon svěřil kontrolní činnost nad VZP Ministerstvu zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí.

V rámci novely zákona o VZP byla upravena informační povinnost pro pojišťovnu předkládat do 60 dnů po skončení kalendářního čtvrtletí Ministerstvu zdravotnictví zprávu o svém hospodaření. Bylo posíleno hlasovací právo zástupců státu ve Správní radě při rozhodování o podstatných otázkách.

Významných změn dosáhl v tomto období i zákon o ZZP. Stalo se tak především na základě přijetí dvou již zmíněných novel tohoto zákona – zákonů č. 60/1995 Sb. a č. 149/1996 Sb.

Přijetí změn bylo způsobeno událostmi souvisejícími se špatnou ekonomickou situací některých zaměstnaneckých pojišťoven a s tím související nedostatky v právní úpravě jejich vzniku i případného zániku, které nebyly v původní zákonné úpravě dostatečně upraveny.

Ke změně na základě zákona č. 60/1995 Sb. došlo již v první části zákona o ZZP. Dosavadní formální zřizování zaměstnanecké zdravotní pojišťovny bylo nahrazeno *nenárokovým povolovacím režimem*³⁹. Nově tedy zaměstnanecká zdravotní pojišťovna mohla vzniknout formou založení na základě udělení povolení od Ministerstva

³⁹ Nenárokový charakter povolení založení zaměstnanecké zdravotní pojišťovny byl v důvodové zprávě k návrhu zákona vysvětlen tím, že v případě nekontrolovaného zvyšování počtu zdravotních pojišťoven se zvyšují celkové provozní výdaje na jejich činnost a správu pojištění a dále, že pojišťovny mohou v zájmu získání pojištěnců nabízet další výhodnější podmínky, což může vést k ne hospodárnosti výdajů na zdravotnictví [Důvodová zpráva k návrhu zákona – zvláštní část čl. II bod 1-3, tisk 1330, Poslanecká sněmovna PČR, volební období 1993 - 1996].

zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. Pro žadatele o povolení, právnické osoby se sídlem na území České republiky, byly dále stanoveny náležitosti této žádosti. Nově zákon upravil jako nezbytnou součást žádosti o povolení závazek, že zaměstnanecká pojišťovna dosáhne do jednoho roku od založení počtu nejméně 50 000 pojištěnců. Tím byl v podstatě stanoven nejnižší možný počet pojištěnců jakékoliv zaměstnanecké zdravotní pojišťovny na 50 000, neboť bylo dále v § 6 odst. 2 zákona o ZZP stanoveno, že nesplněním tohoto závazku se zdravotní pojišťovna zrušuje a vstupuje do likvidace. Zákon o ZZP upravil, že rozhodnutí o žádosti založit zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnu učiní Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí do 180 dnů ode dne jejího doručení. Dále nově stanovil jako podmínku před podáním žádosti o povolení k založení zaměstnanecké zdravotní pojišťovny složení kauce⁴⁰ ve výši 50 miliónů Kč na zvláštní účet.

Nová právní úprava zrušení zaměstnanecké zdravotní pojišťovny rozlišila opět dva způsoby zrušení a to formou sloučení s VZP, sloučením nebo splynutím s jinou zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou. Sloučení nebo splynutí bylo od účinnosti novely tohoto zákona vázáno na povolení Ministerstva zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. Druhý způsob zrušení a to formou likvidace zůstal zachován ve své původní podobě. V případě opakovaného neschválení návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní uzávěrky nebo výroční zprávy zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, byla dána Ministerstvu zdravotnictví možnost rozhodnout o zrušení příslušné zaměstnanecké zdravotní pojišťovny a o jejím vstupu do likvidace.

Kontrolní činnost nad zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami novela zákona o ZZP svěřila Ministerstvu financí, které nově mělo možnost v případě zjištění závažných nedostatků zavést nucenou správu nad zdravotní pojišťovnou a to nejvýše na dobu jednoho roku. V případě neúspěchu nucené správy by následovalo zrušení zaměstnanecké zdravotní pojišťovny likvidací.

Změn v právní úpravě doznala i některá ustanovení týkající se hospodaření zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven (především v oblasti kontroly nákladů

⁴⁰ Zákon o ZZP upravil, že práva ke kauci přecházejí dnem zápisu zaměstnanecké zdravotní pojišťovny do obchodního rejstříku na zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnu, která převede kauci do rezervního fondu této pojišťovny. V případě zamítnutí žádosti by se kauce uvolnila žadateli.

zdravotních pojišťoven) a také byly nastaveny další kontrolní mechanismy⁴¹. Tvorba rezervního fondu zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a navazující kontrolní mechanismy byly upraveny novým způsobem v podobném duchu jako u VZP. Bylo stanoveno, že návrh zdravotně pojistného plánu, účetní uzávěrky a výroční zprávy za předchozí rok schvaluje Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR po předchozím vyjádření vlády.

K dalším změnám zákona o ZZP došlo na základě přijatého zákona č. 149 /1996 Sb. Nově a podrobněji byl upraven zejména zánik zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Byla přijata komplexní právní úprava zániku zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, která v předchozí obsažena nebyla. Zákon upravil dvě fáze zániku zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven jako právnických osob. První fází tvořilo zrušení zaměstnanecké zdravotní pojišťovny a to formou likvidace nebo bez likvidace, samotný zánik zaměstnanecké zdravotní pojišťovny pak zákon o ZZP upravil ke dni výmazu z obchodního rejstříku.

Zrušení zaměstnanecké zdravotní pojišťovny bez likvidace formou sloučení s VZP nebo splynutím či sloučením s jinou zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou novela zákona o ZZP dále podrobněji upravila se zaměřením na předchozí problémy z praxe (přechod pojištěnců k jiné ZP, finančních pohledávek, majetku apod.).

Nové znění zákona o ZZP upravilo možnost zrušení zaměstnanecké zdravotní pojišťovny formou likvidace, jestliže jí bylo odejmuto povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění nebo nově na vlastní žádost příslušné pojišťovny. Zákon taxativně stanovil, kdy Ministerstvo zdravotnictví může odejmout povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění příslušné pojišťovně. Zákon dále nově podrobně upravil samotnou fázi likvidace zaměstnanecké zdravotní pojišťovny.

Přijatý zákon č. 149/1996 Sb. svěřil kontrolní pravomoci nad zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami Ministerstvu zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí podobně jako u VZP. Zákon nově uložil pojišťovnám povinnost vždy do 30 dnů po skončení kalendářního čtvrtletí podat správu o svém hospodaření.

K posílení vlivu kontrolních mechanismů státu došlo i v souvislosti s organizační strukturou pojišťoven, kdy zákon vázal některá významná rozhodnutí orgánů pojišťoven

⁴¹ Například povinnost zajistit prostřednictvím auditora ověření účetní závěrky zaměstnanecké zdravotní pojišťovny a výroční zprávy za příslušný rok.

na souhlas většiny přítomných zástupců státu (jednalo se například o rozhodnutí o změně hodnoty bodu, o zřizování účelových fondů, žádosti o úvěr apod.). Zcela nesystémově bylo stanoveno, že zdravotně pojistný plán, účetní uzávěrku a výroční zprávu zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven bude od účinnosti zákona č. 149/1996 Sb. schvalovat vláda ČR. Stejná změna právní úpravy schvalování pojistného plánu, účetní závěrky a výroční zprávy však v zákoně o VZP nebyla v rámci legislativního procesu přijata (původní návrh zákona počítal rovněž se schvalováním pojistného plánu i pro VZP vládou ČR).

4.2.4 Nález Ústavního soudu č. 206/1996 Sb. (sp. zn. Pl. ÚS 35/95)

Na další vývoj právní úpravy zdravotního pojištění v České republice měl zásadní vliv nálezy Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 35/95 publikovaný ve Sbírce zákonů pod číslem 206/1996. V říjnu 1995 podala skupina 43 poslanců Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR návrh k Ústavnímu soudu na zrušení části zákona o všeobecném pojištění a navazujících podzákoných právních předpisů⁴² a související právní úpravy v zákoně o péči o zdraví lidu pro rozpor s čl. 2 odst. 2, čl. 4 odst. 1 a 2, čl. 31 a 41 Listiny základních práv a svobod a čl. 2 odst. 4 Ústavy.

Důvodem pro podání ústavní stížnosti se stalo zákonné vymezení zdravotní péče hrazené z prostředků všeobecného zdravotního pojištění a specifikace této péče v podzákoných normách – zejména ve Zdravotním řádu a dále ve vyhláškách Ministerstva zdravotnictví o zdravotní péči poskytované za úhradu a o úhradě léčiv a prostředků zdravotnické techniky. Poslanci se odvolávali na to, že meze ústavního práva na bezplatnou zdravotní péči na základě všeobecného zdravotního pojištění je občanům zajištěna v článku 31 Listiny a lze ji stanovit výlučně zákonem a nikoliv dalšími podzákonými právními předpisy. Navrhovatelé poukázali, že tak není možné učinit ani nařízením vlády, i když je vláda ČR podle čl. 78 Ústavy oprávněna vydávat nařízení k provedení zákona a v jeho mezích, a to i bez výslovného zákonného zmocnění.

⁴² Zdravotního řádu, vydaném nařízením vlády ČR č. 216/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky MZ ČR č. 467/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované za úhradu ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky MZ ČR č. 426/1992 Sb., o úhradě léčiv a prostředků zdravotnické techniky, ve znění pozdějších předpisů.

Navrhovatelé (skupina poslanců) dále poukázali na to, že na základě změny v zákonné úpravě všeobecného zdravotního pojištění v zákoně o všeobecném pojištění⁴³ byla opuštěna idea základního práva na bezplatnou zdravotní péči a byla zavedena péče plně nebo částečně hrazená zdravotním pojištěním. Samotný zákon pak *obsah a rozsah zdravotní péče* plně nebo částečně hrazené přenechal na úpravě podzákonným právním předpisem a pouze všeobecně rozlišil tuto péči s ohledem na charakter postižení zdravotního stavu a objem finančních zdrojů na úhradu péče. Navrhovatelé požadovali ve svém návrhu zrušit rovněž i související § 11 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb., který obsahoval zmocnění pro bližší vymezení zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu.

Plénum Ústavního soudu dospělo k názoru, že napadená ustanovení obou zákonů⁴⁴, jakož i navazující podzákonné právní normy jsou v rozporu s čl. 4 odst. 1 a 2, čl. 31 a 41 Listiny a rovněž čl. 2 odst. 4 Ústavy a ve svém nálezu ze dne 10. července 1996 je zrušilo. Ústavní soud v odůvodnění svého nálezu konstatoval, že zákon o všeobecném pojištění, obsahoval dvojí zmocnění vlády pro určení okruhu péče a upravil základní koncepci zdravotní péče dalšími resortními předpisy, což odporovalo Listině i ústavnímu pořádku České republiky, neboť stanovit meze základních práv a svobod lze jen zákony. Jestliže podmínky blíže vymezující bezplatnou zdravotní péči mohou být upraveny pouze zákonem, je zcela nezbytné podle názoru Ústavního soudu, aby i rozsah a způsob jejich poskytování byl vymezen stejným legislativním režimem. Jiná než zákonná úprava by byla porušením Listiny, a tedy i ústavnosti. Této povinnosti se nemůže dle názoru Ústavního soudu zákonodárce zbavit tím, že zplnomocní orgán moci výkonné k vydání právních norem nižší právní síly než zákon, které by určovaly meze těchto základních práv a svobod. Dosavadní úprava zdravotní péče plně nebo částečně hrazené byla duplicitně upravena několika právními předpisy, přičemž základní podmínky, rozsah a meze takto poskytované péče byly zcela jasně řešeny až resortními vyhláškami.

Vzhledem k tomu, že zrušené části zákonů a zrušené celé podzákonné právní předpisy bylo nutné nahradit novou právní úpravou časově náročnou pro přijetí, byla vykonatelnost nálezu stanovena k 1. 4. 1997.

⁴³ Na základě zákona č. 161/1993 Sb. a zákona č. 59/1995 Sb.

⁴⁴ § 11 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb., §1, §2 odst. 2 a 3, §13 odst. 3 a 5 zákona o všeobecném pojištění.

Resort Ministerstva zdravotnictví i celý Parlament ČR byly tak postaveny před nelehký úkol předložit a zároveň schválit novou právní úpravu všeobecného zdravotního pojištění, která by akceptovala výtky obsažené v nálezů Ústavního soudu v termínu k 1. 4. 1997. Uvedeným datem by jinak vznikl stav, kdy právní úprava vztahů všeobecného zdravotního pojištění by byla nedostatečná, a celý systém by se dostal do finančních obtíží vyžadujících si řešení prostřednictvím státního rozpočtu České republiky. Současně by vyvstaly další obtíže související s absencí právních pravidel poskytování zdravotní péče, dosud obsažených ve Zdravotním řádu.

Vývoj právní úpravy veřejnoprávního zdravotního pojištění v období 1993 – 1996 prošel řadou změn, které byly vyvolány zejména *aktuálními problémy* v celém systému zdravotnictví. Proto se změny v právní úpravě neodrážely od propracovaných koncepčních materiálů, nýbrž musely často velmi rychle reagovat na potřeby praxe. Pro tuto vývojovou etapu jsou charakteristické tyto skutečnosti:

- *nedošlo k přijetí zásadní právní úpravy veřejnoprávního zdravotního pojištění, která by narušila původní koncepci a principy, na kterých byla postavena původní znění zákonných úprav;*
- *změny v právní úpravě reagovaly na aktuální problémy v českém zdravotnictví;*
- *byla přijata regulační a kontrolní opatření vůči zdravotním pojišťovnám, lze zaznamenat posílení vlivu státu v rámci celého systému;*
- *na základě problémů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven došlo v průběhu vývoje ke sbližování jejich právní úpravy s úpravou zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně, původní záměr přijaté právní úpravy o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách nebyl naplněn;*
- *právní úprava zdravotních pojišťoven byla na základě původní nedostatečné právní úpravy rozšířena a podrobněji specifikována.*

V této etapě se tak plně projeví nedostatky v právní úpravě v předchozím období, kdy zejména právní úprava zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven nebyla dostatečnou oporou při vzniklých ekonomických problémech v systému. Je nutné ovšem zdůraznit, že v tomto období došlo k rozsáhlým změnám na straně poskytovatelů zdravotní péče.

Došlo k privatizaci řady zdravotnických zařízení a i tyto zásadní změny v jejich struktuře významně ovlivnily ekonomické problémy celého českého zdravotnictví a tím i systém zdravotního pojištění.

4.3 Etapa 1997 – 2002

Vývoj právní úpravy veřejného zdravotního pojištění v období 1997 – 2002 byl ovlivněn nálezem Ústavního soudu č. 206/1996 Sb. Základním požadavkem na počátku tohoto období se stalo nahradit materií upravenou Zdravotním řádem a dalšími předpisy dotčenými nálezem Ústavního soudu ČR právním předpisem síly zákona. Vzhledem k tomu, že právní úprava této problematiky by byla komplikovaná pomocí novely zákona o všeobecném pojištění, byla zvolena forma přijetí zcela nového zákona.

4.3.1 Zákon o veřejném zdravotním pojištění

Parlament ČR schválil dne 7. března 1997 novou zákonnou úpravu veřejného zdravotního pojištění – *zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*. Nový zákon o pojištění z obecného hlediska nepřinesl žádné zásadní koncepční změny v celém systému, které byly mezi odbornou veřejností diskutovány. Materie dosud upravená Zdravotním řádem se stala součástí zákona, byly upraveny některé podmínky a omezení poskytování zdravotní péče. Podrobnější rozsah toho, co je či není z poskytované zdravotní péče předmětem úhrady na základě veřejného zdravotního pojištění, stanovily přílohy zákona⁴⁵.

Osobní rozsah zdravotního pojištění, jakož i vznik a zánik pojištění zákon upravil stejným způsobem jako předchozí právní úprava. Pojištěnci se staly ze zákona všechny osoby s trvalým pobytem na území České republiky a dále osoby, které na území České republiky trvalý pobyt nemají, ale vykonávají zaměstnání pro zaměstnavatele se sídlem na území České republiky.

Z předchozí právní úpravy bylo beze změny převzato i vymezení jednotlivých skupin plátců pojistného a jejich povinnosti vůči zdravotní pojišťovně. Plátcí pojistného tedy

⁴⁵ Seznam nehrazených (nebo jen za určitých podmínek hrazených) zdravotních výkonů, seznam skupin léčivých látek, seznam prostředků zdravotnické techniky a seznam stomatologických výrobků.

nadále zůstali zaměstnanci a zaměstnavatelé, osoby samostatně výdělečně činné, stát za vyjmenovaný okruh osob a ostatní pojištěnci s trvalým pobytem na území České republiky. Zákon o pojištění rovněž podobně předchozímu upravil povinnosti platit pojistné, výši a způsob placení pojistného a penále, jakož i splnění oznamovací povinnosti jako nezbytný předpoklad řádného placení pojistného.

Právo na výběr zdravotní pojišťovny a právo svobodné volby lékaře nebo zdravotnického zařízení [§ 11 odst. 1 písm. a) a b) zákona o pojištění] zákon převzal z právní úpravy zákona o všeobecném pojištění a Zdravotního řádu. Právo na úhradu zdravotní péče zákon upravil tak, že stanovil, že pojištěnec má právo na tuto úhradu v rozsahu a za podmínek, za nichž je zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění poskytována na základě zákona.

Část pátá zákona o pojištění upravila podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady. Byl vymezen okruh zdravotní péče hrazené ze zákona včetně podmínek, za nichž bude zdravotní péče hrazena.

Zdravotní péče byla nadále hrazena zdravotními pojišťovnami zdravotnickým zařízením na základě smluvního vztahu. Výběr zdravotnických zařízení pro uzavírání smluv dále upravila část osmá zákona upravující síť zdravotnických zařízení. Nově byl do zákona o pojištění upraven institut rámcových smluv, kterými se individuální smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami musely řídit. Znění rámcových smluv mělo být výsledkem dohodovacích řízení. Zákon převzal dosavadní právní stav týkající se způsobů úhrady zdravotní péče. Nově byly v rámci zákona upraveny i jiné způsoby úhrad za poskytovanou zdravotní péči – forma *paušálních plateb*⁴⁶. Dalších změn doznal i institut dohodovacích řízení. Zákon nadále oprávnil zdravotní pojišťovny k omezení úhrady zdravotní péče zdravotnickým zařízením v případech, kdy podstatným způsobem překračují průměrné náklady na zdravotní péči.

Zákon upravil rozdělení zdravotní péče podle druhu zdravotnického zařízení na péči ambulantní a ústavní. Péči ambulantní pak dále rozdělil na péči primární, specializovanou a zvláštní. S cílem dosáhnout úspor v systému zdravotního pojištění

⁴⁶ Zákon o pojištění v § 17 odst. 3 vymezil, že paušálem se rozumí platba za počet registrovaných pojištěnců a agregovaná platba za lůžko/den v nemocnici či platba za diagnózu. Důvodem pro zavedení tohoto způsobu úhrady v rámci zákona byl především problém ohledně nového Seznamu výkonů s bodovými hodnotami, který se stal terčem kritiky ze strany zástupců plátců i poskytovatelů zdravotní péče.

byla v zákoně upravena přímá úhrada pojištěncem za ošetření u ambulantního specialisty poskytované na vyžádání pacienta bez doporučení primárního lékaře.

Zákon o pojištění dále převzal a upravil podobně problematiku způsobů úhrad pohotovostní a záchranné služby, problematiku preventivní péče, způsob poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky, poskytování lázeňské péče.

Provádění zdravotního pojištění bylo nadále svěřeno zdravotním pojišťovnám zřízenými na základě zvláštních zákonů. Zákon se pouze omezil (podobně jako předchozí) na úpravu kontrolní činnosti pojišťoven vůči zdravotnickým zařízením. Ke kontrole čerpání finančních prostředků zdravotního pojištění jednotlivými zdravotnickými zařízeními bylo vytvořeno Informační centrum zdravotního pojištění při Všeobecné zdravotní pojišťovně. Další kontrolní mechanismy byly upraveny podobně jako v předchozím zákoně – zejména kontrola zdravotnických zařízení prostřednictvím revizních lékařů.

Zdravotním pojišťovnám se i nadále ponechala možnost provádět vedle veřejného zdravotního pojištění i komerční činnost v oblasti smluvního pojištění. Zákon o pojištění zdůraznil, že tuto činnost mohou pojišťovny provádět pouze tehdy, pokud k ní mají povolení podle obecné právní úpravy pojišťovnictví v České republice.

Nově byla v rámci zákona o pojištění upravena problematika *sítě zdravotnických zařízení*. Zákon uložil zdravotním pojišťovnám povinnost zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům prostřednictvím sítě smluvních zdravotnických zařízení. Byl zaveden institut výběrových řízení, sloužících k vytvoření sítě smluvních zdravotnických zařízení.

Přijatý zákon o pojištění novelizoval některá ustanovení zákona o VZP a zákona o ZZP. Změny se týkaly především právní úpravy fondů zdravotního pojištění. S přijetím zákona č. 48/1997 Sb. byl rovněž definitivně zrušen a nahrazen zákon o všeobecném pojištění.

Přijatý zákon o pojištění byl schvalován ve velmi napjaté situaci a časové tísni. Proto byla od počátku zvolena varianta rychlého přijetí zákona s omezenou časovou platností do doby, do které se předpokládalo přijetí nové právní úpravy. Tento předpoklad se bohužel nevyplnil.

Zákon o pojištění byl novelizován v uvedené etapě několikrát. Důvodem bylo přijetí některých souvisejících zákonů – například zákona o veřejném zdraví, o veřejném

ochránci práv apod. Jednalo se zejména o drobné změny reagující a související s nově přijatými zákony. Původní koncepce, na které byl založen i předchozí zákon o všeobecném pojištění zůstala však zachována. Významné z pohledu této vývojové etapy se staly zejména dvě novely zákona - zákon č. 2/1998 Sb. a zákon č. 459/2000 Sb. a dále pak nálezy Ústavního soudu publikované ve Sbírce zákonů pod č. 167/2000.

Zákon č. 2/1998 Sb. reagoval na potřeby praxe, které se týkaly dvou okruhů problémů. První okruh problémů se týkal problematiky přímých plateb pacientů v lékařských ordinacích, která se v roce 1997 stala velmi aktuálním tématem. Zákon nově upravil zákaz přijmutí jakékoliv úhrady za péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Druhým okruhem se stala skutečnost, že zákon o pojištění upravil institut dohodovacích řízení o výši úhrad a cenách bodu zdravotních výkonů, ale neupravil situaci, kdy mezi účastníky dohodovacího řízení nedojde k dohodě. Zákon nově upravil, že v případě nedohody mezi účastníky nebo v případě, že výsledek bude odporovat právním předpisům nebo veřejnému zájmu, vláda České republiky rozhodne na návrh Ministerstva zdravotnictví o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění.

V roce 1998 byla přijata v rámci zákona č. 127/1998 Sb. i drobná změna týkající se účinnosti zákona č. 48/1997 Sb., kdy byla jeho omezená účinnost prodloužena do 31. prosince 1999. Vzhledem k tomu, že již v průběhu roku 1999 bylo na základě projednávané legislativy jasné, že nedojde k přijetí zcela nové právní úpravy, byla omezená účinnost zákona ještě jednou prodloužena a to v rámci novely živnostenského zákona – zákonem č. 363/1999 Sb. a to do 31. prosince 2000.

4.3.2 Nález Ústavního soudu č. 167/2000 Sb. (sp.zn. Pl. ÚS 24/99)

Dalším, i když z pohledu předchozího vývoje ne tak zásadním nálezem Ústavního soudu byl dotčen i zákon o pojištění. Podnětem k samotné ústavní stížnosti se stala jiná ústavní stížnost⁴⁷, v níž se stěžovatelé (fyzické a právnické osoby poskytující specializovanou zdravotní ambulantní péči) domáhali zrušení části rozhodnutí vlády ČR o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního

⁴⁷ Řízení u Ústavního soudu pod sp. zn. III ÚS 407/99

pojištění, jimiž se cítili být dotčeni na svých právech a svobodách zaručených v Listině a Mezinárodním paktu o občanských a politických právech.

Rozhodnutí vlády se opíralo o zmocnění v zákoně o pojištění upraveném v § 17 odst. 5, který vládě dával právo, v případě nedohody v rámci dohodovacího řízení, rozhodnout na návrh Ministerstva zdravotnictví o hodnotách bodu a výši úhrad. K této právní úpravě došlo na základě přijetí novely zákona o pojištění - zákona č. 2/1998 Sb. (nová úprava výsledku dohodovacího řízení pro případ nedohody, která v předchozí nebyla řešena). Stěžovatelé poukazovali na to, že Ministerstvo zdravotnictví vystupuje v postavení orgánu veřejné moci, když vláda České republiky svým rozhodnutím určila výši plnění ze smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi stěžovateli a zdravotními pojišťovnami, čímž měla autoritativně a pravomocně zasáhnout do jejich právní sféry. Stěžovatelé dále ve své stížnosti tvrdili, že toto rozhodnutí vlády není ani právním předpisem, ani interním usnesením, nýbrž je správním rozhodnutím způsobilým zasáhnout do jejich ústavně zaručených práv a má tak právní povahu zásahu orgánu veřejné moci dle čl. 87 odst. 1 písm. d) Ústavy.⁴⁸

Senát Ústavního soudu při projednávání této stížnosti dospěl k závěru, že § 17 odst. 5 zákona o pojištění, je v rozporu s čl. 78 Ústavy. Senát podle zákona o ústavním soudu přerušil řízení a předložil k plenárnímu projednání u Ústavního soudu návrh na zrušení dotčeného ustanovení.

Článek 78 Ústavy opravňuje vládu vydávat k provedení zákona a v jeho mezích nařízení. Nařízení vlády je jedinou formou normativního aktu, kterou je vláda České republiky oprávněna přijímat a to s podmínkou publikace ve Sbírce zákonů. Základní otázkou posouzení této ústavní stížnosti se tak stala *právní povaha* rozhodnutí vlády o hodnotě bodu. Plénium Ústavního soudu došlo k názoru, že dotčené ustanovení zákona o pojištění je s tímto článkem v rozporu.

Ústavní soud ve svém nálezu ze dne 23. května 2000 zrušil § 17 odst. 5 zákona o pojištění k 31. prosinci 2000. Důvodem pro stanovení pozdější účinnosti derogačního nálezu byla především nutnost poskytnout Parlamentu ČR dostatek času pro ústavně nezbytnou implementaci nové zákonné úpravy. Ústavní soud považoval za nezbytné

⁴⁸ Stěžovatelé v ústavní stížnosti dále namítli, že vláda v napadeném rozhodnutí překročila rámec vymezený ustanovením § 17 odst. 5 zákona o pojištění, když kromě stanovení hodnoty bodu a výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění stanovila i další limity, a to limit času a limit množství, a závazně stanovila i převýšení vykázané zdravotní péče.

vzít ohled na okamžitý dopad zrušení dotčeného ustanovení. Okamžité zrušení by způsobilo absenci mechanismu rozhodování o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění v případě nedohody účastníků dohodovacího řízení Ústavní soud s přihlédnutím k této situaci nezrušil ani prováděcí předpisy, které byly předmětem původní ústavní stížnosti.

Reakcí na nález Ústavního soudu bylo přijetí další novely zákona o pojištění – *zákona č. 459/2000 Sb.* Zákon nově upravil ustanovení, které Ústavní soud k 31. 12. 2000 zrušil. Novela zákona stanovila povinnost pro svolavatele dohodovacích řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče povinnost předat do 60 dnů výsledek dohodovacího řízení. V případě nedosažení výsledků v rámci dohodovacího řízení do 60 dnů před skončením období, na které byly sjednány ceny bodu nebo stanoveny výše úhrad zákon ponechal v platnosti ceny bodu a výše úhrad platné v předchozím období do doby než Ministerstvo zdravotnictví stanoví nové výše úhrad včetně regulačních omezení pro kalendářní pololetí vyhláškou.

Přijatý zákon č. 459/2000 Sb. upravil nově vztah zákona o pojištění k mezinárodním smlouvám, s nimiž vyslovil souhlas Parlament ČR. Vzhledem k očekávanému nepravděpodobnému přijetí nového zákona, který by upravoval veřejné zdravotní pojištění, zákon č. 459/2000 Sb. definitivně zrušil omezenou účinnost zákona o pojištění.

Dalším novelou zákona o pojištění, o které je nutno se zmínit se stal *zákon č. 176/2002 Sb.*, který přinesl změnu v oblasti přístupu systému veřejného zdravotního pojištění k osobám bez zdanitelných příjmů. Tento zákon přinesl pojmové zpřesnění této skupiny a dále stanovil, že tyto osoby jsou pro účely zdravotního pojištění osobami bez zdanitelných příjmů pouze, když splňují podmínky dané zákonem za celý kalendářní měsíc. Dále došlo ke zjednodušení způsobu zmírnění sankcí za opoždění s placením pojistného v některých případech⁴⁹, kdy podstatou bylo zákonem dát možnost⁵⁰ upustit od celého procesu vymáhání penále ve vymezených případech, a technickými úpravami vytvořil novou právní úpravu pro postup zdravotních pojišťoven vůči plátcům

⁴⁹ Například v případě, kdy plátce zdravotní pojištění poukáže na účet jiné zdravotní pojišťovny nebo poukáže platbu pod nesprávným variabilním symbolem.

⁵⁰ Zákon ale nevyloučil penále v těchto případech zcela, aby bylo možno odlišit jednotlivé případy podle míry zavinění plátce.

pojistného, kteří se vyhýbají komunikaci s pojišťovnou – změnu v oblasti doručování písemností plátcům pojistného s cílem zlepšit vykonatelnost práva v systému veřejného zdravotního pojištění.

4.3.3 Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Změny v zákoně o pojistném reagovaly především na neutěšenou situaci ve *výběru pojistného*, kdy celková dlužná částka na pojistném dosáhla v roce 1998 hodnoty přesahující 4 miliardy korun.

V roce 1998 Parlament ČR přijal *zákon č. 127/1998 Sb.*, který novelizoval mimo jiné i zákon o pojistném. Přijatý zákon stanovil nově jako vyměřovací základ u osob, za které je plátcem stát pevnou částku ve výši 2900 Kč. Dřívější vazba vyměřovacího základu na výši minimální mzdy byla nahrazena touto novou právní úpravou, u jiných kategorií pojištěnců však zůstala zachována.

Zákon zavedl novou povinnost pro zaměstnavatele (plátce zdravotního pojištění) – povinnost zpracovat a předat příslušné zdravotní pojišťovně přehled o platbách pojistného, z kterého bude mít příslušná zdravotní pojišťovna možnost přesně určit případný dluh a stanovit penále. Zdravotním pojišťovnám novela zákona dále nově umožnila stanovit pravděpodobnou výši dlužného pojistného a to v případech, kdy plátce pojistného tuto svoji povinnost nesplní. Pro případ nedobytných dluhů na pojistném a penále byla zdravotním pojišťovnám dána ve vymezených případech možnost odepsání dluhu pro nedobytnost.

V roce 2000 došlo v zákoně o pojistném pouze k drobným změnám a to na základě zákonů č. 29/2000 Sb. a 118/2000 Sb.

Významnou změnu zaznamenal zákon o pojistném v první polovině roku 2001, kdy Parlament ČR přijal zákon č. 138/2001 Sb. Změnou v zákoně o pojistném na základě *zákona č. 138/2001 Sb.* byla s účinností od 1. 7. 2001 změněna výše platby za pojištěnce, za které platí pojistné stát z částky 2900 Kč na 3250 Kč. Současně novela zákona dala možnost vládě formou nařízení valorizovat výši vyměřovacího základu u této skupiny pojištěnců. Tento jednorázový krok měl přinést do systému zdravotního pojištění každoročně minimálně 3 221 milionů Kč ze státního rozpočtu. Novele byla vyčítána zejména nesystémovost tohoto rozhodnutí, kdy na jedné straně byl zajištěn příliv jistě potřebných finančních prostředků do systému veřejného zdravotního

pojištění, na straně druhé toto zvýšení nebylo doprovázeno dalšími mechanismy, zaručujícími jejich efektivní využití.

4.3.4 Právní úprava zdravotních pojišťoven

Právní úprava zákona o VZP a zákona o ZZP neprošla v této etapě tak dramatickými změnami jako v období předchozím. Jisté změny v obou zákonech ovšem nastaly.

Zákon o VZP prošel v roce 1997 a 1998 drobnými úpravami v souvislosti s přijetím jiných zákonů. K významným změnám došlo na základě již zmíněného *zákona č. 127/1998 Sb.* Tento zákon zařadil mezi věcný rozsah činnosti VZP i zprostředkovávání úhrad za výkony závodní preventivní a specifické péče zaměstnancům, u nichž charakter vykonávané práce vyžaduje zvýšenou zdravotní péči. Zároveň byla upravena i ustanovení o jednotlivých fondech pojišťovny, kdy zákon taxativně vymezil všechny fondy pojišťovny – základní, rezervní a nově: provozní, sociální fond, fond investičního majetku a fond reprodukce investičního majetku.

Zákon o ZZP byl významně novelizován v roce 1997 v rámci přijetí nového zákona o pojištění. Důvodem pro novelizaci se staly vysoké finanční pohledávky zdravotnických zařízení vůči zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám v likvidaci. Zákon zřídil *zajišťovací fond* [§ 22a zákona o ZZP] - právnickou osobu s povinným zápisem do obchodního rejstříku. Fond byl zřízen s cílem uspokojení finančních pohledávek zdravotnických zařízení vůči zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám v likvidaci, v platební neschopnosti nebo v situaci předlužení. Zároveň byla stanovena povinnost pro všechny zaměstnanecké zdravotní pojišťovny přispívat do fondu finanční částkou odvozuující se od výše základního fondu dané pojišťovny. Zákon dále podrobně upravil podmínky úhrad zdravotnickým zařízením z tohoto fondu.

Na základě zákona č. 127/1998 Sb. byla pro zaměstnanecké zdravotní pojišťovny zvolena stejná změna právní úpravy fondů pojišťoven včetně podmínek pro jejich naplnění jako u Všeobecné zdravotní pojišťovny a to s účinností od 1.1.1999.

Vývoj veřejnoprávního zdravotního pojištění v etapě 1996 – 2002 nesl tyto znaky:

- *vývoj právní úpravy veřejnoprávního zdravotního pojištění byl poznamenán nálezem Ústavního soudu z roku 1996;*

- *nová právní úprava zdravotního pojištění - zákon o pojištění, přijatý pouze jako „provizorní právní norma“, nebyl nahrazen novou právní úpravou, nýbrž zůstal v platnosti a to bez časového omezení;*
- *zákon o pojištění zachoval původní koncepci systému veřejnoprávního pojištění;*
- *právní úprava veřejnoprávního zdravotního pojištění zůstala upravena nesystémově v rámci několika právních norem;*
- *nedošlo ke sloučení zdravotního a nemocenského pojištění, které bylo v průběhu této etapy diskutováno;*
- *i přes další regulační mechanismy v oblasti pojistného na všeobecné zdravotní pojištění přetrvával problém ve výběru pojistného;*
- *změny v právní úpravě se orientovaly spíše na posílení příjmové strany celého systému;*
- *fondové hospodaření zdravotních pojišťoven bylo výrazně zpřesněno.*

V této etapě došlo k zásadní konfrontaci právní úpravy z předchozího období a rozhodovací činnosti Ústavního soudu. Ústavní soud ve svých nálezech (z roku 1996 a 2000) výrazně ovlivnil celkový pohled na právní úpravu veřejného zdravotního pojištění a v duchu jeho závěrů a rozhodnutí se tak odvíjela další normotvorba.

4.4 Etapa 2003 – 2006

4.4.1 *Zákon o veřejném zdravotním pojištění*

Zákon o pojištění nedoznal v roce 2003 významných změn. Autorka této práce považuje však za nutné zmínit z této doby nález Ústavního soudu k ustanovení zákona o pojištění.

4.4.1.1 Nález Ústavního soudu č. 207/2003 Sb. (sp.zn. Pl. ÚS 14/02)

Ustanovení § 11 odst. 1 písm. d) zákona o pojištění zakazující lékařům v souvislosti s poskytovanou zdravotní péčí bez přímé úhrady, přijmout úhradu od pacienta, se stalo předmětem podání ústavní stížnosti – návrhu na zrušení, kterou podala skupina poslanců. Navrhovatelé se domáhali zrušení napadeného ustanovení zákona mimo jiné pro rozpor s čl. 26 Listiny zaručujícím právo svobodného podnikání a čl. 31 Listiny, kdy rozpor s čl. 31 spatřovali především v omezení realizace práva na ochranu zdraví.

Ve svém nálezu ÚS konstatoval, že zákaz přímé úhrady se týká samotného výkonu bezplatné zdravotní péče, který pouze upřesňuje a zvýrazňuje ochranu bezplatné zdravotní péče před zužováním jejího obsahu. Ve svém nálezu Ústavní soud nicméně poukázal na nepřehlednost zákona o pojištění pro samotného pacienta – pojištěnce ohledně vymezení případných soukromých plateb oproti evropskému standardu. Soud došel k závěru, že návrh na zrušení není důvodný a proto jej zamítl.

V červnu 2004 Poslanecká sněmovna PČR vyslovila souhlas se senátní verzí návrhu zákona publikovaného pod č. 438/2004 Sb. Novelizace zákona o pojištění byla přijata až v průběhu legislativního procesu v Parlamentu ČR. Vyjma redukce počtu skupin léčivých přípravků hrazených ze zdravotního pojištění v příloze č.2 zákona o pojištění, byly přijaty úpravy rozhodování zdravotních pojišťoven ve věci dlužného pojistného, přírážek a pokut formou platebního výměru, s cílem zlepšit vymahatelnost pohledávek pojišťoven vůči plátcům pojistného. Vedle úpravy ve vykonatelnosti platebního výměru byla pro zdravotní pojišťovny zavedena možnost předsat k úhradě dlužné pojistné a penále formou výkazu nedoplatků.

V únoru 2005 byla přijata novela zákonů o pojištění a zákona o pojistném⁵¹ - *zákon č. 123/2005 Sb.*, jehož původní podobu předkládala vláda ČR v roce 2004 jako tzv. „euronovelu“ obou zákonů. Během legislativního procesu došlo k obměně vlády a ministrů zdravotnictví a tak původní vládní podoba návrhu⁵² byla komplexně nahrazena pozměňovacími návrhy poslanců a později i Senátu PČR, které reagovaly pouze na *aktuální problémy* v systému zdravotního pojištění. V zákoně o pojištění tak byla přijaty změny související s ochranou osobních dat a jejich používání s cílem zabránění pochybnostem o oprávnění zdravotnických zařízení či zdravotních pojišťoven používat jako identifikační čísla pojištěnců jejich rodná čísla. Dosud totiž zákon o pojištění tuto skutečnost výslovně neupravoval. Dále byla v zákoně o pojištění přijata úprava harmonizující český právní předpis s unijními předpisy ve věci úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní účely.

⁵¹ Zákon o pojistném doznal pouze drobné změny související s daňovými úlevami zaměstnavatelů zaměstnávající zdravotně postižené osoby.

⁵² Hlavním cílem původní podoby návrhu bylo přizpůsobení obou novelizovaných norem vstupu ČR do EU. Návrh mimo jiné právně zakotvoval činnost Centra mezistátních úhrad, Národní referenční centrum a doplňoval právní úpravu Informačního centra zdravotního pojištění.

Zákon č. 117/2006 Sb., který s účinností od 1. 4. 2006 novelizoval všechny čtyři zákonné normy z oblasti zdravotního pojištění, byl přijat s cílem ve velmi krátké době stabilizovat systém veřejného zdravotního pojištění, dosáhnout finanční rovnováhu a vytvořit platformu pro provedení dalších změn. V roce 2005 se systém zdravotního pojištění potýkal s významnými finančními problémy, zejména na straně VZP, kdy její deficit dosahoval výše 10 miliard Kč a byla na ni uvalena nucená správa. Zákon zrealizoval některá opatření schválená usnesením vlády ČR v červnu a červenci 2005 (krátkodobá opatření ke stabilizaci v systému).

V zákoně o pojištění došlo ke změnám v § 17 týkající se institutu dohodovacího řízení. Nově byla změněna regulace rámcových smluv. Zákon upřesnil pojem veřejný zájem, na základě kterého Ministerstvo zdravotnictví posuzuje jednotlivé rámcové smlouvy. V dohodovacím řízení k Seznamu výkonů s bodovými hodnotami bylo nově upraveno, že v případě nedohody nebo nesouladu dohody s veřejným zájmem či právními předpisy, rozhodne o Seznamu zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami Ministerstvo zdravotnictví a vydá jej formou své vyhlášky. Dohodovací řízení k hodnotám bodu a výši úhrad bylo upraveno nově tak, že bude svoláváno Ministerstvem zdravotnictví, které bude i garantem řádného průběhu a hodnoty bodu a výše úhrad včetně regulačních omezení objemu poskytované hrazené zdravotní péče budou stanovovány vždy na celý následující kalendářní rok.⁵³ Pro případ nedohody byl stanoven stejný postup jako u dohodovacího řízení k Seznamu výkonů.

4.4.2 Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Významné změny v zákoně o pojistném přinesl *zákon č. 455/2003 Sb.*, který zároveň novelizoval i zákon o pojištění a zákon o VZP.⁵⁴ Zákon byl ve svém návrhu předložen jako součástí komplexu norem, kterými se vláda ČR v roce 2003 rozhodla provést reformu veřejných rozpočtů České republiky. Zákon s účinností od 1. 1. 2004 nově

⁵³ Toto přijetí mělo svoje logické opodstatnění například v souvislosti s pojistnými plány zdravotních pojišťoven.

⁵⁴ Jednalo se o drobné změny v zákoně o pojištění týkající se transplantací tkání a orgánů a dále o změnu v zákoně o VZP, kdy nově bylo upraveno, že majetek, se kterým pojišťovna hospodář, nemůže být předmětem konkurzu ani vyrovnání podle tehdy platného zákona č. 328/1991 Sb., o konkurzu a vyrovnání.

upravil podmínky placení pojistného pro osoby samostatně výdělečně činné v § 3a zákona o pojistném. Podobně jako v případě vyměřovacího základu pojistného na sociální zabezpečení zákon upravil postupně zvýšení vyměřovacího základu pro OSVČ z 35 % na 50 % v periodě 3 let (2004 – 2006). Zásadní změnu přinesl nový způsob stanovení minimálního vyměřovacího základu (a tudíž i minimálních záloh). Do konce roku 2003 se minimální vyměřovací základ pro OSVČ odvozoval od minimální mzdy, s účinností zákona 455/2003 Sb. se minimálním vyměřovacím základem stalo 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za kalendářní rok o dva roky předcházející roku, pro který je vyměřovací základ stanovován. Vláda ČR od těchto opatření v zákoně o pojistném očekávala posílení příjmů v systému o 1,5 miliardy Kč.

Zákon č. 438/2004 Sb. přinesl v zákoně o pojistném zpřísnění podmínek platby pojistného u osob, za něž je plátcem pojistného stát a které zároveň mají příjmy ze závislé činnosti nebo z podnikání. Asi nejvýznamnější změnou, kterou zákon přinesl, se stalo přijetí tzv. stoprocentního přerozdělení pojistného mezi zdravotními pojišťovnami. Zavedení přerozdělení vybraného pojistného ve výši 100 % podle nákladových indexů věkových skupin bylo přijato díky pozměňovacím návrhům poslanců, původní návrh zákona s tímto nepočítal. Senát PČR svými pozměňovacími návrhy upravil změnu na 100% přerozdělení pojistného s časovým přechodem pro roky 2005 a 2006 pro oba mechanismy přerozdělení s tím, že plná výše přerozdělení měla být nastavena až od 1. 1. 2007. Přechod na nový model 100% přerozdělení měl zejména zlepšit postavení a příjmovou stránku VZP oproti zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám.

Změnami, které přinesl *zákon č. 117/2006 Sb.* byla zavedena valorizace pojistného za ty pojištěnce, za které je plátcem pojistného stát a to s vazbou na průměrnou měsíční mzdu v národním hospodářství.⁵⁵ Tato změna přinesla významné posílení příjmové stránky zdravotních pojišťoven. Vyměřovací základ za pojištěnce státu stoupl oproti dubnu 2006, kdy činil 4144 Kč na 4 708,50 Kč. K další změně došlo u stanovení minimálního vyměřovacího základu u osob samostatně výdělečně činných, kterým se nově stal dvanáctinásobek 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství. V rámci legislativního procesu došlo i k návrhu na zrušení maximální výše vyměřovacího základu u OSVČ, tento návrh ale nakonec nebyl schválen.

⁵⁵ Vyměřovacím základem se stalo 25 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství.

Zákonem č. 438/2004 Sb. bylo zavedeno 100 % přerozdělování pojistného s účinností od počátku roku 2007. Zákon 117/2006 Sb. posunul tento začátek již pro rok 2006 s cílem posílení příjmových zdrojů VZP na úkor zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.

4.4.3 Právní úprava zdravotních pojišťoven

Zákon č. 438/2004 Sb. významně novelizoval zákony upravující postavení zdravotních pojišťoven a to ve dvou hlavních oblastech – organizační struktura (a to především v organizační struktura VZP) a právní úpravě používání prostředků některých fondů. Zákon zásadním způsobem změnil organizační strukturu VZP a to i v návaznosti na reformu veřejné správy, zánik okresů a vznik regionálního uspořádání s cílem zvýšení účinnosti řízení pojišťovny a docílení flexibilního uspořádání v souladu s vývojem počtu pojištěnců. Dosavadní organizační struktura VZP s okresními pojišťovnami, kdy každá z nich měla svoji vlastní správní a dozorčí radu, byla v praxi značně nevyhovující. Organizační struktura VZP byla v zákoně o VZP nově definována a vytvořena z *Ústředí, krajských poboček a územních pracovišť* (předchozí okresní pojišťovny). Statutárním zástupcem pojišťovny se stal ředitel volený a odvolávaný na návrh Správní rady Poslaneckou sněmovnou PČR. Orgány pojišťovny zůstaly Správní rada a Dozorčí rada s tím, že zákon oproti předchozí právní úpravě ustanovil pouze jednu Dozorčí a Správní radu a jejich pravomoci, činnost okresních dozorcích a správních rad zákon neupravil. VZP byla v přechodných ustanoveních zákona uložena povinnost uvést organizační řád do souladu s novou právní úpravou a to do 6 měsíců od účinnosti zákona⁵⁶ a tudíž i povinnosti ukončit činnost správních a dozorcích rad okresních pojišťoven. Nově bylo upraveno, že stěžejní dokumenty – návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrh výroční zprávy VZP projednává na společném zasedání s ředitelem Správní a Dozorčí rada dohromady. Zákon o ZZP byl novelizován v duchu změn v zákoně o VZP s tím, že zákon ponechal úpravu organizační struktury, postavení Správní a Dozorčí rady statutu příslušné zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, který schvaluje Ministerstvo zdravotnictví. Pravomoci dozorcích a správních rad zákon o ZZP upravil podobně úpravě v zákoně o VZP.

⁵⁶ Zákon nabyl účinnosti dne 1. 8. 2004.

Druhou významnou změnu přinesl zákon č. 438/2004 Sb. v oblasti úpravy některých fondů a to zejména fondu prevence a rezervního fondu zdravotních pojišťoven. Přijatá novela snížila minimální výši rezervního fondu, který všechny pojišťovny vytvářejí, mimo jiné i ke krytí schodků základního fondu, z původních 3 % průměrných ročních výdajů základního fondu za předcházející tři kalendářní roky na 1,5 %. Cílem této změny bylo zamezení neopodstatněné kumulace finančních prostředků v rezervním fondu zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven⁵⁷ na úkor základního fondu.

Další přijatá změna se týkala fondu prevence, kdy dosavadní právní úprava nespécifikovala bližší užití jeho prostředků. Nově byl fond prevence definován s tím, že využití jeho prostředků nad rámec základního fondu zákon umožnil pouze pro úhradu zdravotní péče s prokazatelným preventivním, diagnostickým nebo léčebným efektem v souvislosti s existujícím nebo hrozícím onemocněním pojištěnce či ke zlepšení kvality jeho zdraví. Takto přijatá právní úprava byla reakcí na chování některých zdravotních pojišťoven, jež využívaly zdroje fondu prevence k vlastnímu náboru pojištěnců bez prokazatelného pozitivního vlivu na zdraví.

Zákon č. 117/2006 Sb. upravil proces schvalování zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a výroční zprávy VZP. Návrh zdravotně pojistného plánu VZP musela od účinnosti zákona předkládat nejprve Ministerstvu zdravotnictví a dále Ministerstvu financí k posouzení jeho souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Zákon nově stanovil předpoklady pro výkon funkce ředitele VZP, zavedl časovou limitaci funkčního období – 4 roky a úpravu podmínek jeho volby včetně důvodů pro ukončení funkce. Stejná úprava byla zvolena i pro ředitele zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Oproti předchozí právní úpravě bylo právo návrhu volby ředitele VZP dáno přímo vládě ČR (dříve navrhovala ředitele VZP Správní rada pojišťovny), samotná volba byla ponechána na Poslanecké sněmovně PČR. K zásadní změně došlo v právní úpravě členů Správní rady VZP a způsobu jejich hlasování v tomto orgánu pojišťovny. Oproti předchozímu znění bylo zakotveno, že Správní radu tvoří vedle 10 jmenovaných členů vládou dále 20 volených Poslaneckou sněmovnou PČR na principu poměrného zastoupení politických stran.

⁵⁷ VZP v tomto období povinnou výši rezervního fondu nenaplňovala.

V zákoně o ZZP došlo ke zpřesnění podmínek výkonu správních a dozorčích rad. Novela zákona o ZZP přinesla stabilizační opatření týkající se zastavení ročních příspěvků do zajišťovacího fondu zdravotních pojišťoven pro rok 2005 zpětně a následující roky s cílem přinést úsporu cca 110 mil. Kč ročně.

V etapě 2003 – 2006 můžeme nalézt tyto znaky:

- *k zásadním změnám došlo v oblasti institucionálního zajištění organizační stránky – především u VZP;*
- *změny v pojistném byly zaměřeny na opětovné posílení příjmové stránky celého systému;*
- *novelizace zákonných norem reagovaly častěji na aktuální problémy systému s cílem zajistit stabilizaci v systému, žádná zásadní nová zákonná norma nebyla přijata;*
- *došlo k dalšímu zpřesnění v právní úpravě fondového hospodaření zdravotních pojišťoven;*
- *změny v systému přerozdělování pojistného a valorizace plateb za státní pojištěnce mělo za cíl posílit a stabilizovat příjmovou stránku VZP.*

Následující kapitola se věnuje samostatnému tématu souvisejícímu s etapou 2003 – 2006 a to vstupem ČR do Evropské unie. Autorka považuje za nutné věnovat této významné události pro celou ČR samostatnou kapitolu.

4.5 Vstup ČR do Evropské unie a systém veřejného zdravotního pojištění

Vstup České republiky do Evropské unie k 1. 5. 2004 měl klíčový význam pro celé fungování českého státu a ekonomiky. Zásadním způsobem také ovlivnil český právní řád. Systém veřejného zdravotního pojištění v souvislosti s rozvíjejícím se turistickým ruchem a volným pohybem osob mezi členskými státy EU zaznamenal nové účastníky pojištění – zaměstnance z jiných členských států, osoby z ostatních členských zemí podnikajících na území ČR či občany EU čerpající na území našeho státu nutnou a neodkladnou péči. Na druhé straně se občané České republiky jako noví občané EU

ocitli v podobném postavení v ostatních členských státech EU. Česká republika tak musela přizpůsobit systém veřejného zdravotního pojištění požadavkům, které z jejího vstupu do EU vyplynuly⁵⁸. Tyto požadavky se promítly jak do nutnosti sladění českých právních předpisů s právem EU, tak i vyvolaly potřebu provedení některých organizačních opatření a institucionálních změn a zajištění (např. vznikem Centra mezistátních úhrad).

4.5.1 Evropská unie a zdravotnictví

Evropská unie od počátku svého vývoje oblast zdravotnictví výslovně neřešila a věnovala svoji pozornost především ekonomickým otázkám a problémům. V důsledku změn v ustanoveních Smlouvy o založení Evropského společenství (dále jen Smlouva o ES) upravující volný pohyb osob, zboží a poskytování služeb (migrace zdravotníků, obchod se zdravotnickým zbožím a zdravotnické zákroky poskytované cizincům včetně režimu jejich veřejných úhrad) se problematika zdravotnictví stala předmětem zájmu a zásahů ze strany EU.

Kompetence ze strany Evropské unie lze chápat jako podpůrné. Problematika zdravotnictví byla vždy v kompetenci členských států EU. Pro oblast zdravotních služeb a jejich financování byl akceptován základní *princip subsidiarity*⁵⁹. Tvorba pravidel pro tuto oblast zajišťovaná převážně veřejnými službami a financovaná z veřejných prostředků byla ponechána v kompetenci jednotlivých států. Oblast zdravotnictví byla ve Smlouvě o ES upravena na základě Amsterodamské smlouvy v čl. 152 „*Spolupráce v oblasti zdravotnictví*“. V tomto článku byly vymezeny některé základní přístupy pro oblast podpory zdraví. Klíčovým ustanovením je závěrečné ustanovení tohoto článku, vyjadřující odpovědnost členských států za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče. Celkový přístup EU ke zdravotnictví dle Smlouvy o ES se dá označit jako potvrzení klíčové role členských států, v tomto směru někteří označují úpravu za

58 Na vstup českého zdravotního pojištění do EU a k právu EU se Česká republika připravovala i pomocí uzavírání bilaterálních smluv o sociálním zabezpečení s evropskými státy sjednané na principech koordinačních pravidel EU. Jednalo se o mezinárodní smlouvy schválené Parlamentem ČR a ratifikované prezidentem ČR.

59 Princip (zásada) subsidiarity dostal závaznou podobu v čl. 3b Maastrichtské smlouvy. Dle tohoto článku vyvíjí Společenství činnost jen tehdy, pokud cíle navrhované činnosti nemohou být z důvodů rozsahu či účinků navrhované činnosti lépe dodrženy Společenstvím [Tröster P. a kol., opak. cit. 2008: s.64].

„negativní kompetence“ EU (ES) [Křepelka F. Evropské zdravotnické právo. Praha: LexisNexis CZ, 2004 : s. 21].

S přijetím Lisabonské smlouvy nedošlo k výrazným změnám, předchozí znění čl. 152 Smlouvy o ES bylo v některých pasážích i doslovně přejato. Nyní oblast zdravotnictví respektive ochrany zdraví upravuje v novém číslování čl. 168 Smlouvy o fungování Evropské unie. Nově byl v tomto článku například upraven okruh sdílených pravomocí členských států v oblasti ochrany zdraví (např. kontroly rizik překračujících hranice jednoho členského státu, požadavky na bezpečnost léčiv a zdravotnických prostředků apod.).

Klíčová pasáž týkající se zdravotnictví jako celku nyní zní: *„Při činnosti Unie je uznávána odpovědnost členských států za stanovení jejich zdravotní politiky a za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče. Odpovědnost členských států zahrnuje řízení zdravotnictví a zdravotní péče, jakož i rozdělování na ně vyčleněných zdrojů“* [čl. 168 odst. 7 Smlouvy o fungování Evropské unie ve znění Lisabonské smlouvy, Parlamentní institut 2008, zveřejněno na www.psp.cz].

Jednotlivé členské státy tak mají odlišné modely financování i institucionální zajištění zdravotního systému. Lze konstatovat, že vedle modelů/systémů národní zdravotní služby převládají v rámci EU modely/systémy založené na veřejnoprávním zdravotním pojištění. Vzhledem k tomu, že členské státy vždy určovaly nastavení svých systémů, nelze v rámci EU najít dva totožně nastavené systémy.⁶⁰

Evropské sociální právo se vyznačuje sledováním dvou základních směrů – harmonizace a konvergence. Harmonizace znamená, že unijní právo přímo ovlivňuje obsah národních právních řádů pomocí nástrojů, které nesou v sobě prvky povinnosti (jde o směrnice, které jsou závazné pro členské státy). Druhým směrem nebo orientací, kterou se v evropském sociálním právu setkáváme, je orientace na jednotlivé cíle, sbližování politik a národních systémů. Zde se používá právních nástrojů, které v sobě neunesou prvek povinnosti a tento směr označujeme jako konvergenci [Tröster P. a kol., Právo sociálního zabezpečení (6. podstatně přepracované a aktualizované vydání). Praha: C.H.Beck 2013: s. 49].

⁶⁰ V tomto směru je bezesporu zajímavé srovnání vývoje veřejného zdravotního pojištění ve Slovenské republice a ČR. Touto otázkou se zabývá samostatná kapitola této práce.

Právo Evropské unie v oblasti sociálního zabezpečení má jako jeden z hlavních požadavků – požadavek *koordinace* národních systémů sociálního zabezpečení. Ochrana poskytovaná na úseku sociálního zabezpečení⁶¹ prostřednictvím ustanovení komunitárního práva je předpokladem účinného využívání svobodného pohybu osob v kterémkoliv státě EU. Koordinace je tak nezbytným požadavkem pro zajištění svobody pohybu osob.

Unijní právo v oblasti sociálního zabezpečení členských států nezakotvuje požadavek unifikace či sladění právní úpravy, ale jejich spolupráci. Nejde tedy o dosažení souladu (harmonizace) systémů sociálního zabezpečení, ale o jejich účinnou konvergenci a koordinaci [Tröster P. a kol., opak. cit. 2013: s. 49].

Koordinacími právními předpisy jsou v unijním právu především nařízení Rady ES (EU). Pro oblast sociálního zabezpečení (a tedy i pro účastníky jednotlivých systémů zdravotního pojištění) se staly základními koordinacími předpisy *nařízení Rady č. 1408/71/EEC* ze dne 14. června 1971, o aplikaci systémů sociálního zabezpečení na zaměstnance, osoby samostatně výdělečně činné a členy jejich rodin, pohybujících se v rámci Společenství spolu s prováděcím *nařízením Rady č. 547/72/EEC* ze dne 21. března 1972. Obě nařízení byla měněna a doplňována – *nařízením Rady č. 859/2003/EC* ze dne 14. května 2003. Tímto nařízením se působnost obou nařízení rozšířila na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení do té doby nevztahovala pouze z důvodu jejich státní příslušnosti [Tröster P. a kol., opak. cit. 2008: s.66]. Nařízení byla od počátku přímo závazná ve všech zemích EU (ES) a měla přednost před zákony jednotlivých členských zemí, jsou součástí tzv. sekundárních předpisů komunitárního práva. Obě nařízení uznaly a podle nich i postupovaly i nečlenské země EU – Norsko, Švýcarsko, Island a Lichtenštejnsko. Tato nařízení ovšem umožňovala upravit tuto problematiku v rámci bilaterálních ujednání mezi členskými zeměmi, kde bylo možné stanovit, respektive vyjednat výhodnější podmínky, za předpokladu dodržení hlavních principů nařízení – zajištění přenosu nároku na věcné dávky (poskytování péče) a rovného zacházení pro občany zemí EU.

Koordinace jako východisko pro úpravu vztahů v oblasti sociálního zabezpečení podle nařízení Rady 1408/71/EEC byla založena na *4 základních principech: rovného*

⁶¹ A tedy i systémů zdravotního pojištění/ národní zdravotní služby.

zacházení, uplatňování právního řádu jediného státu, sčítání dob pojištění, zachování získaných nároků [Tröster P. a kol., opak. cit. 2008: s.68].

K zásadě rovného zacházení viz dále. Zásada uplatňování právního řádu jediného státu je založena na uplatnění právních předpisů té země podle místa zaměstnání pracovníka. Nařízení upravila možné kolize zákonů členských zemí s cílem zabránit možné neúčasti na pojištění v důsledku kolize norem členských států. Zásada sčítání dob pojištění znamená především započítávání dob pojištění i pojistná období v jiných členských státech. Podle uplatňování zásady zachování získaných nároků mají občané EU přestěhovaní do jiného členského státu nárok na výplatu již „získaných práv“ na výplatu starobního důchodu apod.

Oblast poskytování a úhrady zdravotní péče občanům EU se na území členských států řídila těmito koordinačními zásadami (principy):

- *zásada rovného zacházení;*
- *princip jednoho pojištění;*
- *princip platit za stejné služby (léky) stejnou spoluúčast jako místní občané;*
- *čerpání zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních financovaných z veřejných zdrojů;*
- *uplatnění nároku na péči prokázat dříve formulářem, nyní Evropským průkazem zdravotního pojištění*

[Daněk A. – Glet J. Zdravotní pojištění a zdravotní péče po vstupu České republiky do Evropské unie. Zdravotnictví a právo, 2005, č. 6: s.18].

Zásada rovného zacházení vychází z předpokladu stejného zacházení v konkrétní zemi za stejných podmínek s místními občany i ostatními občany EU. Znamená to, že poskytování a úhrada péče v daném zdravotním systému bude stejná v téže ceně (úhradě). Unijní právo prosazuje zákaz diskriminace mezi místními a ostatními občany EU.

Asi nejvýznamnějším principem se bezesporu zdá princip jednoho pojištění, který znamená, že na pojištěnou osobu ze zemí EU se vztahují předpisy jednoho členského státu – tato osoba je pojištěna v zemi, kde vykonává výdělečnou činnost⁶². Společně s touto osobou jsou rovněž společně pojištěni i nezaopatření rodinní příslušníci [Daněk A., Glet J. opak.cit. , 2005: s.18].

Každá země EU má nastavená jiná pravidla pro poskytování a úhradu péče, jak vyplývá i z faktu, že otázka podmínek a nastavení zdravotnického systému je v kompetenci členských zemí. V jednotlivých zemích EU tak pojištěnci z jiné členské země EU vstupují do místního režimu zdravotního pojištění. Z toho vyplývá i povinnost platit spoluúčast za poskytovanou zdravotní péči ve stejné výši jako místní pojištěnci dané země [Daněk A., Glet J. opak. cit., 2005: s.19].

Princip čerpání zdravotní péče z veřejných zdrojů znamená, že pojištěnci jsou garantovány nároky a stejná výše úhrady pouze v těch zdravotnických zařízeních, kde je čerpána péče hrazená z veřejných financí. Těžko si lze představit, že by například soukromé zdravotnické zařízení v České republice, které nemá smlouvu se zdravotní pojišťovnou, poskytovalo hrazenou péči cizincům – pojištěncům z EU.

Pojištěnci z jiných členských států při vycestování do jiného státu musí prokázat účast na veřejném systému a tedy i nárok čerpat v dané zemi péči. Do roku 2004 existoval formulář, který vystavovala například při cestě do zahraničí místní zdravotní pojišťovna. S účinností od června 2004 byl zaveden Evropský průkaz zdravotního pojištění (European health insurance card – EHIC) nahrazující mimo jiné i tento formulář, pomocí něhož se má každý pojištěnec prokázat při čerpání péče. Obecně lze Evropský průkaz zdravotního pojištění označit za průkaz, kterým se prokazují pojištěnci účastni zdravotního pojištění v některém státě EU. Průkazy umožňují občanům EU čerpat komplexní zdravotní péči v zemi podle jejich trvalého pobytu a nutnou nebo neodkladnou zdravotní péči v ostatních zemích EU.

Dne 1. 5. 2010 vstoupily v účinnost ve všech zemích EU⁶² nová *nařízení Evropského parlamentu a Rady ES č. 883/2004 o koordinaci sociálního zabezpečení a nařízení Evropského parlamentu a Rady ES č. 987/2009*, které jej provádí. Nahradila předchozí nařízení Rady č. 1408/71 a 574/72.

Základní pravidla v rámci obou nařízení zůstaly velmi podobná jako u těch předchozích. Zachován tak byl princip jednoho pojištění, zásada rovného zacházení, čerpání dávek ze systémů sociálního nebo zdravotního pojištění zpravidla v jednom členském státě EU, zohlednění všech dob pojištění získaných i v jiných zemích EU. Nová nařízení ale

⁶² V případě výkonu činnosti ve více zemích toto neplatí.

⁶³ Nová nařízení schválily původně jen členské státy EU. Norsko, Island, Lichtenštejsko a Švýcarsko zatím nová pravidla od počátku neuplatňovaly a k aplikaci obou nařízení se zavázaly až v průběhu roku 2012. Do jejich schválení v roce 2012 používaly předchozí nařízení č. 1408/71 a č. 574/72.

přinesla řadu změn, zejména v oblasti příslušnosti k pojištění (např. v oblasti vyslání pracovníků do jiného členského státu EU, nová pravidla pro určování příslušnosti v případě souběhu pracovních činností apod.).

Na základě nařízení Evropského parlamentu a Rady EU č. 1231/2010 se od 1.1.2011 nová nařízení pro oblast koordinace sociálního zabezpečení začaly vztahovat i na občany ze třetích zemí za splnění určitých podmínek.

4.5.2 Judikatura Soudního dvora Evropské unie (ESD)

Na vývoj v oblasti zdravotnictví v rámci EU měla a má velký vliv i judikatura Soudního dvora Evropské unie (s dřívějším názvem Evropský soudní dvůr). ESD svojí judikaturou postupně rozšiřoval uplatnění Smlouvy ES o základních svobodách také na oblast zdravotnictví. Soudní dvůr při výkladu pasáží Smlouvy ES a to ustanovení o volném poskytování služeb (čl. 49 – 55 Smlouvy ES) výrazně ovlivnil poskytování zdravotní péče přes hranice členských států. [Křepelka F. opak. cit., 2004: s. 63]. Některé judikáty Evropského soudního dvora byly v tomto směru překvapivé, ale také i sporné.

V praxi došlo v průběhu devadesátých let minulého století ke vzniku několika problémů v souvislosti s úhradou poskytované péče v jiném členském státě. Tyto se pak staly podnětem k jednání ESD. Vše začalo snahou pojištěnců o úhrady za vyrobení zdravotnického prostředku nebo jednorázového zdravotnického zákroku [Křepelka F. Evropská unie z pohledu pacientů a financování zdravotnictví. Zdravotnictví a právo, 2003, č.6 : s.3]. Jednalo se o rozsudek ESD č. C- 120/1995 (Decker proti CMEP) a rozsudek ESD č. C-158/96 (Kholli proti UCM).

Ve sporu Decker proti CMEP šlo o úhradu dioptrických brýlí lucemburskému státnímu občanovi v belgickém městě na základě lékařského předpisu vydaného lékařem v Lucembursku. Pojišťovací instituce podmiňovala úhradu ze zahraničí – jiného členského státu svým předchozím souhlasem. ESD byla předložena v souvislosti s tímto případem předběžná otázka týkající se interpretace článků Smlouvy ES. ESD s poukazem na volný pohyb služeb v tomto případě konstatoval, že nelze bránit ani omezovat poskytování zakoupení zdravotnického prostředku předchozím souhlasem příslušné instituce.

Ve sporu Kholi proti UCM šlo rovněž o lucemburského občana a o úhradu jednorázového zdravotnického zákroku (zubní ošetření ortodontem) v jiném členském státě jeho potomka, který pojišťovací instituce odmítla na základě žádosti uhradit. I v tomto případě ESD odmítl předběžné schvalování tohoto zákroku.

Oba zmíněné případy řešily úhradu nepřiliš nákladné péče. Otázku úhrady velmi nákladné specializované péče řešily rozsudky ESD Smits a Peerbooms - Smits v. SZ VGZ, Peerbooms v. SCZ GZ, č.C-157/99.

V případě Smits se jednalo o občanku Nizozemí trpící Parkinsonovou nemocí, jež využila léčby v Německu, kde jí byla poskytnuta specializovaná péče, která nebyla v domovském státě dostupná. V případě Peerbooms se jednalo rovněž o občana Nizozemí v dlouhodobém kómatu, jemuž byla poskytnuta nová léčba v Rakousku, která byla úspěšná. Rozhodnutí ESD bylo v tomto směru velmi významné. Rozsudkem ze spojených řízení obou případů ESD požadoval posuzovat skutečnost, zda je zdravotnický zákrok užitečný na základě mínění mezinárodní lékařské obce. ESD konstatoval, že veřejná úhrada musí být poskytnuta, pokud příslušná mezinárodně uznávaná zdravotní péče není dostupná ve smluvním zdravotnickém zařízení. Jako přípustný ESD uznal předchozí souhlas pojišťovny [Křepelka F. opak. cit., 2004: s. 65]. Výsledkem této judikatury byl posun ke zrovnoprávnění poskytovatelů zdravotní péče na trhu zdravotnických služeb.

ESD ve svých rozsudcích zdůrazňoval komunitární právní nárok na takovou úhradu, která se dle předpisů dostane tuzemskému poskytovateli. Migrace pacienta do státu s dražším zdravotnictvím tedy bude doprovázena spoluúčastí s doplatky [Křepelka F. opak. cit., 2003: s. 3].

V této souvislosti je nutno zmínit i rozsudek č. C-368/98 (Vanbraekel proti ANMC), ve kterém šlo naopak o úhradu levnější péče. V případě Vanbraekel šlo o úhradu chirurgické ortopedické léčby belgické pacienty poskytované ve Francii. Zdravotní pojišťovna pacienty léčbu odmítla uhradit, belgický soud přiznal právo úhrady. ESD řešil v předběžné otázce výši této úhrady, respektive zda úhrada péče by měla proběhnout v obvyklé ceně ve Francii či Belgii. Podle mínění ESD vzniká nárok na úhradu ve výši, jež se za příslušný zákrok hradí v příslušném státě, ačkoliv ve státě poskytnutí byla úhrada nižší [Křepelka F. opak. cit., 2004: s.65].

V rozsudku Müller-Fauré a Van Riet, č. C-385/99 ESD rozdělil otázku předběžného souhlasu s úhradou pro ambulantní a nemocniční služby. Zatímco v případě čerpání ambulantní zdravotní péče v zahraničí soud s poukazem na volné poskytování služeb nepřipustil požadavek předběžného souhlasu, podmiňování souhlasem uznal při čerpání nemocniční péče s ohledem na důsledky, které by pro stabilitu národních systémů mělo nekontrolované čerpání omezených prostředků [Křepelka F. opak. cit., 2004: s.66]. ESD tím potvrdil své závěry týkající se ambulantních zdravotních služeb, které již dříve vyslovil v případě Khol.

V rozsudku Inizan č. C-56/01 ESD zdůraznil nepřipustnost odepření souhlasu s úhradou ošetření v zahraničí, jestliže nelze srovnatelný zákrok poskytnout na území příslušného státu v přiměřené době. Posouzení srovnatelnosti a přiměřenosti čekání samozřejmě zůstává na soudech členských států. Soudní dvůr tímto rozsudkem potvrdil legalitu povolovacího režimu [Křepelka F. opak. cit., 2004: s. 66]. V rozsudku Watts C-372/04 byly vymezeny další požadavky na povolovací režim.

Ve většině pozdějších případů si ESD začal uvědomovat hrozbu pro evropské modely solidárního zdravotnictví a začal uvažovat o možných mezích jím samotným žádaného uvolnění [Křepelka F. opak.cit., 2003: s.3].

Možnou migraci pacientů za levnější péči lze spíše očekávat v příhraničních oblastech. I když s ohledem na jazykovou bariéru se zatím prokazuje, že pojištěnci ze zemí EU v případě plánované péče dávají přednost domovskému státu a domovských poskytovatelům zdravotní péče, zásadní změnu přinesla nová úprava v rámci přijaté směrnice Evropského parlamentu a rady č. 2011/24/EU⁶⁴. Judikatura ESD se také významně promítla do právní úpravy koordinačního nařízení č. 883/2004 a prováděcího nařízení č. 987/2009.

I přes skutečnost, že zdravotnictví je v kompetenci jednotlivých členských států, jsou zdravotnické systémy i díky koordinačním pravidlům Evropské unie značně provázané. Je to dáno i tím, že díky evropské integraci jsou stanoveny a naplňovány cíle v oblasti ochrany veřejného zdraví. Například systém registrace léčivých přípravků je v rámci Evropské unie harmonizován s cílem zajistit vysoký standard v jejich kvalitě, účinnosti a bezpečnosti. ESD dal v posledních letech svoji judikaturou jasně najevo, že ačkoli jsou členské státy primárně odpovědné za zdravotní služby, musí být tyto služby

v souladu nejen s komunitárním právem, ale i s tzv. čtyřmi svobodami jednotného vnitřního trhu. Do budoucna lze tedy očekávat ze strany Evropské unie stále větší zájem o problematiku zdravotnictví, to vše s ohledem na princip subsidiarity, vyjádřený v čl. 152 Smlouvy o ES resp. čl. 168 Smlouvy o fungování Evropské unie.

4.5.3 *Systém veřejného zdravotního pojištění po vstupu do EU*

Česká republika musela v souvislosti se vstupem ČR do EU provést řadu přípravných kroků. Pro oblast zdravotního pojištění bylo nutno institucionálně dořešit zejména oblast mezistátních úhrad za poskytnutou zdravotní péči.

V roce 2001 vzniklo v České republice *Centrum mezistátních úhrad* (dále jen CMÚ). Tato instituce byla založena všemi zdravotními pojišťovnami působícími v té době v ČR. CMÚ je sdružením právnických osob a jeho hlavním účelem v době vzniku byla realizace mezistátních úhrad na základě mezinárodních smluv. CMÚ bylo Ministerstvem zdravotnictví k 1. 1. 2002 pověřeno výkonem činnosti styčného místa veřejného zdravotního pojištění v ČR pro styk se smluvními státy na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení. Vznik CMÚ naplnil nezbytný institucionální předpoklad pro realizaci unijního práva v oblasti veřejného zdravotního pojištění.

CMÚ je především zprostředkujícím místem v mezinárodním styku, které slouží k refundování nákladů mezi jednotlivými nositeli zdravotního pojištění. Dojde-li na území ČR k ošetření cizince ve zdravotnickém zařízení, je poskytnutá zdravotní péče uhrazena danému zařízení zdravotní pojišťovnou, u které se cizinec zaregistroval. Příslušná faktura je dále zaslána právě na CMÚ, které si od zahraničního styčného místa vyžádá refundaci nákladů. Obdobný postup je i v opačném případě pro ošetření českých pojištěnců v ostatních státech EU a dalších smluvních státech [Tröster P. a kol., opak. cit. 2008: s.73]. CMÚ nemá jen funkci „zprostředkovatele plateb za zdravotní péči“, ale plní i funkce informačního servisu, poradenství, zúčtování nákladů, správní pomoci a spolupráce s orgány státní správy [Daněk A., Glet J. opak. cit. 2005: s.18].

Zákon o pojištění, jakož i zákon o pojistném nedoznaly v souvislosti se vstupem ČR do EU významných změn. Tzv. „euronovela“ zákona o pojištění (původní návrh později

⁶⁴ Viz kapitola - část 4.8.1.

schváleného zákona č. 123/2005 Sb.), která ve svém návrhu upravovala řadu změn v souvislosti se vstupem do EU, byla nakonec přijata ve velmi modifikované podobě, která reagovala na aktuální problémy českého zdravotnictví.

Důležitým faktorem se stalo i to, že zákon o pojištění byl koncipován z hlediska úpravy Evropské unie konformně, neboť dle úpravy v § 3 zákona o pojištění, rozhodný pro vznik a zánik veřejného zdravotního pojištění je trvalý pobyt (případně zaměstnání), nikoliv státní občanství [Křepelka F. opak. cit., 2004: s.63].

S účinností od června 2004 byl zaveden v rámci celé EU Evropský průkaz zdravotního pojištění, který začaly postupně vydávat i české zdravotní pojišťovny. Při poskytování zdravotní péče na území ČR by se měl pojištěnec z jiného členského státu EU prokázat tímto průkazem a zároveň zvolit jednu ze stávajících zdravotních pojišťoven a zaregistrovat se u ní.

Při poskytování zdravotní péče na území ČR je nutno odlišovat občany z jiných států EU, kteří mají nárok pouze na nutnou a neodkladnou zdravotní péči⁶⁵ a dále občany naopak mající nárok na komplexní zdravotní péči⁶⁶ jako občane ČR. Rozsah garantované poskytované péče se odlišuje podle délky a účelu pobytu.

V případě turistů je nárok pouze na nutnou péči. Na komplexní péči mají pojištěnci nárok, pokud mají trvalý pobyt na území ČR, jsou na území ČR zaměstnání a v zásadě i pokud vykonávají samostatnou výdělečnou činnost, pokud jí vykazují jako příjem v České republice.

Další kategorií osob, které mají nárok na plnou péči, jsou osoby bez zdanitelných příjmů trvale bydlící na území ČR. Osobou bez zdanitelných příjmů se v rámci české právní úpravy rozumí osoba, která v rámci celého kalendářního měsíce nemá příjem ze zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti a není za ní v průběhu daného měsíce plátcem pojistného stát. Z hlediska občanů z jiných států EU na našem území se jedná především o nezaopatřené rodinné příslušníky. Jejich účast na pojištění v rámci českého zdravotního systému je vždy odvislá od účasti jejich živitele respektive jeho přihlášení do českého systému veřejného zdravotního pojištění.

⁶⁵ Zdravotní péče, která je poskytována pojištěnci takovým způsobem, aby se nemusel vracet domů dříve, než zamýšlel.

⁶⁶ Komplexní zdravotní péče zahrnuje dle ustanovení § 11 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění takovou péči, která je poskytována zdravotnickými zařízeními státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.

Zcela jinak byla řešena situace u přeshraničních pracovníků (tzv. pendlerů) pracujících na území České republiky a nejméně jednou týdně se vracejících do své mateřské země. Jejich nárok na poskytnutí zdravotní péče byl jak na území ČR, tak i na území státu, ve kterém mají trvalý pobyt. Ovšem jejich nezaopatření rodinní příslušníci měli nárok na zdravotní péči pouze v zemi svého bydliště [Tröster P. a kol., opak. cit. 2008: s.74]⁶⁷.

S účinností nových nařízení č.883/2004 a č. 987/2009 od 1. 5. 2010 přišly některé dílčí změny týkající se i českých pojištěnců a zdravotních pojišťoven. V oblasti nároků na zdravotní péči je základní změnou rozšíření některých nároků českých pojištěnců. Jde zejména o důchodce a členy jejich rodin, ale i o rodiny tzv. pendlerů pojištěné v ČR a bydlících na území jiného státu EU. Od 1.5.2010 mají tito nárok na plný rozsah zdravotní péče v ČR a mohou si vybrat, zda se chtějí léčit ve státě bydliště nebo v ČR. Další změna v rozsahu nároků, kterou obě nařízení přinesly, se týká zdravotní pojišťovnou schváleného plánovaného vycestování za zdravotní péči do jiného členského státu EU. Nově mají pojištěnci nárok i na refundaci případného doplatku za poskytnutou péči do výše hrazené v rámci českého systému zdravotního pojištění.

Vstup ČR do EU znamenal pro systém veřejného zdravotního pojištění významný posun. Pro česká zdravotnická zařízení narostla konkurence ze strany ostatních poskytovatelů v rámci EU a naopak tato mohla dokázat svoji konkurenceschopnost a vysokou kvalitu v rámci celé Evropy. Na základní právní úpravu čtveřice zákonů upravující systém veřejného zdravotního pojištění neměl však vstup do EU prakticky žádný dopad.

4.6 Etapu 2007 – 2010

4.6.1 Zákon o veřejném zdravotním pojištění

Zákon o pojištění se ani v této etapě, která je předmětem analýzy, nedočkal nového nástupce. Přesto se i v tomto období vyskytly významné změny, které byly podrobeny z hlediska jejich ústavnosti přezkumu u Ústavního soudu.

⁶⁷ Před přijetím směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

4.6.1.1 Nález Ústavního soudu č. 57/2007 Sb. (sp. zn. Pl. ÚS 36/05)

V lednu 2007 zrušil Ústavní soud ve svém nálezu část zákona o pojištění – a to část zmocňovacího ustanovení v § 15 odst. 10 upravující, že výše úhrady léčivých přípravků je stanovována formou prováděcího předpisu (v tomto případě vyhlášky Ministerstva zdravotnictví), a dále zrušil samotnou „úhradovou lékovou vyhlášku“⁶⁸, vše ke dni 31. 12. 2007. Skupina senátorů napadla proces regulace úhrady humánních léčiv coby součásti hrazené zdravotní péče a stanovení výše jejich úhrady s poukazem na to, že ke stanovení výše úhrad léčiv z prostředků zdravotního pojištění nedošlo v rámci jednotlivých správních řízení a práva subjektů vztahujících se k výši úhrad nebyla vymahatelná u nezávislého soudu. Tím podle navrhovatelů došlo k porušení čl. 36 Listiny. Navrhovatelé rovněž poukázali na Směrnici Rady ES 89/105/EHS o průhlednosti opatření upravujících tvorbu cen u humánních léčivých přípravků a jejími požadavky.⁶⁹ Ústavní soud ve svém nálezu konstatoval, že zmocňovací ustanovení v § 15 odst. 10 je v rozporu s čl. 36 Listiny a napadené ustanovení včetně prováděcího předpisu zrušil.

Asi nejvýznamnější zákonnou normou ovlivňující dění v celém systému zdravotního pojištění v tomto období se stal bezesporu přijatý zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, který novelizoval všechny čtyři základní zákony právní úpravy veřejného zdravotního pojištění v ČR. Původní podoba návrhu doznala řady změn v rámci legislativního procesu na půdě Poslanecké sněmovny PČR, kdy byly formou komplexního pozměňovacího návrhu prosazeny například změny v oblasti cenové regulace léčiv. Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů, respektive jeho části týkající se zdravotnictví, vstoupily v účinnost od 1. 1. 2008.

V rámci novely zákona o pojištění byl zaveden nový institut *regulačních poplatků*, které pojištěnec hradí při poskytnutí zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění s cílem zajistit efektivní využívání finančních prostředků v systému a omezit neúčelné čerpání zdravotní péče. Zákon v nově přijatých § 12 odst. m) a § 16a zavedl povinnost

⁶⁸ Vyhláška MZ ČR č. 532/2005 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely, ve znění pozdějších předpisů.

⁶⁹ Tato skutečnost byla ale z hlediska podané ústavní stížnosti irelevantní, neboť Ústavní soud ve svém dřívějším nálezu vyložil, že komunitární právo nemůže být referenčním kritériem posuzování ústavnosti vnitrostátního předpisu.

pro pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči poskytlo, regulační poplatek ve výši dále uvedeném v § 16a v písm. a) až f) v rozpětí od 30 do 90 Kč. Zároveň zákon doplnil práva pojištěnců o ta související s vybíráním regulačních poplatků – právo na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku, právo na uhrazení částky přesahující limit regulačního poplatku. Novela zákona o pojištění upravila i výjimky z povinnosti platit regulační poplatky a to např. pro pojištěnce v dětských domovech, pro pacienty v ochranném léčení nařízeném soudem, za preventivní lékařské prohlídky, hemodialýzu apod. Regulační poplatek se stal ze zákona příjmem zdravotnického zařízení, byly stanoveny lhůty, dokdy má pojištěnec povinnost uhradit regulační poplatek. Současně zákon zavedl limity regulačních poplatků spolu s doplatky na léčiva a potraviny pro zvláštní lékařské účely a to ve výši 5000 Kč za kalendářní rok. Pro zdravotní pojišťovny byla stanovena povinnost uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou překračuje součet regulačních poplatků a doplatků v kalendářním roce daný limit.

Zcela bez povšimnutí a dalších komentářů byla v souvislosti se zavedením regulačních poplatků ze zákona o pojištění vypuštěna část věty v § 11 odst. 1 písm. d) odstraňující absolutní zákaz pro lékaře „ani v souvislosti s poskytnutím péče“ přijmout úhradu od pojištěnce, který Ústavní soud ve svém nálezu z roku 2003 odmítl zrušit.

Nově byl v zákoně o pojištění upraven i režim výběrových řízení pro uzavření smlouvy o úhradě péče mezi příslušným zdravotnickým zařízením (poskytovatelem zdravotní péče) a zdravotní pojišťovnou. Do zákona o pojištění byla i v souvislosti s nálezem Ústavního soudu č. 57/2007 Sb. přijata zcela nová právní úprava regulace cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (samostatná šestá část zákona o pojištění). Zákon zavedl zcela nový způsob stanovení maximálních cen léčiv, o nichž napříště rozhoduje Státní ústav pro kontrolu léčiv a upravil jasné zásady stanovení nebo změn úhrad léčiv a to i v duchu závěrů nálezu Ústavního soudu.

4.6.1.2 Nález Ústavního soudu č. 251/2008 Sb. (sp.zn. Pl. ÚS 1/08)

V říjnu 2007 podala skupina poslanců a posléze i skupina senátorů Parlamentu ČR návrh k Ústavnímu soudu na zrušení celého zákona č. 261/2007 Sb., v rámci něhož byly novelizovány i všechny čtyři zákony týkající se zdravotního pojištění. V alternativním

petitu se poslanci domáhali dále zrušení částí zákona o pojištění, zákona o VZP a zákona o ZZP týkající se právní úpravy regulačních poplatků. Ústavní soud na základě usnesení pléna vyloučil návrhy týkající se financování zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění do samostatného řízení – sp.zn. Pl. ÚS 1/08⁷⁰

V případě návrhu na úplné zrušení zákona č. 261/2007 Sb., navrhovatelé argumentovali, že zákon byl přijat „neústavním způsobem a v jediném novelizujícím zákoně došlo ke spojení mnoha novel různých zákonů, které spolu bezprostředně nesouvisejí“. Dále bylo poukázáno na to, že „formou pozměňovacích návrhů se součástí zákona staly tzv. přílepky – např. nový systém regulace léčiv, jež neobstojí při posuzování obsahu a účelu původního návrhu zákona“ [Nález ÚS 57/2007 Sb. sp.zn. Pl. ÚS 36/05 dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/Search.aspx>]. Otázka případného zrušení celého zákona byla Ústavním soudem projednávána v řízení sp.zn. Pl.ÚS 24/07. Ve svém nálezu Ústavní soud konstatoval, že zákon jako celek byl přijat ústavně konformním způsobem v souladu s legislativními pravidly vlády a přijaté pozměňovací návrhy nevybočily z rámce předmětu vytýčeného původní předlohou zákona. Dále konstatoval, že tři rozhodující části zákona – oblast daní, sociálního systému a veřejného zdravotního pojištění mají obsahovou vazbu na oblast veřejných rozpočtů a nelze tento zákon chápat jako pouhý nosič změn napříč právním řádem. Návrh poslanců tak byl ze strany ÚS zamítnut.

V samostatném řízení sp.zn. Pl. ÚS 1/08 byly posuzovány návrhy na zrušení částí zákonů týkající se právní úpravy regulačních poplatků. Navrhovatelé argumentovali mimo jiné rozpor této právní úpravy s čl. 31 Listiny zejména s druhou větou tohoto článku. Dále bylo navrženo zrušit část zákona o pojištění upravující způsob úhrady zdravotní péče prostřednictvím Seznamu výkonů s bodovými hodnotami.

Ústavní soud se v posuzování zaměřil na to, zda zpoplatnění téměř veškeré péče (míněno formou regulačních poplatků) je či není ústavně konformní a zda sociální práva upravená v tomto článku nebyla narušena. Ve svém nálezu zamítl návrh na zrušení právní úpravy regulačních poplatků a konstatoval, že jsou v souladu s čl. 31 Listiny.

V souvislosti s pojmem „bezplatnost zdravotní péče“ Ústavní soud argumentoval analogií se svým dřívějším nálezem, který se týkal „bezplatnosti“ v systému vzdělávání

⁷⁰ Podobně ÚS vyloučil do samostatného řízení – sp.zn. Pl. ÚS 2/2008 problematiku sociálního zabezpečení. Ve svém nálezu zrušil k 30. 6. 2008 omezení týkající se vyplácení dávek nemocenského

a interpretací čl. 33 Listiny, kdy bylo konstatováno, že tento pojem neznamená, že stát ponese veškeré náklady na zajištění vzdělání a že analogicky, že „*zdravotní péče a její financování je pouze významnou podmnožinou financování zdravotnictví, a že bez fungujícího zdravotnictví by nebylo jistě možné poskytnout kvalitní zdravotní péči*“ [Nález ÚS 57/2007 Sb. sp.zn. Pl. ÚS 36/05 dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/Search.aspx>].

Ústavní soud se zabýval především právní úpravou regulačního poplatku v §16a odst. 1 písm. f) zákona o pojištění, kdy konstatoval, že v případě této právní úpravy zde jde o souběžně poskytovanou jinou související službu, nikoliv o bezplatnou zdravotní péči či zdravotní pomůcky ve smyslu čl. 31 Listiny. V opačném případě by čl. 31 Listiny zakládal právo např. na bezplatné ubytování i mimo zdravotnická zařízení a bez ohledu na to, zda jsou či nikoliv poskytovány v souvislosti se zdravotní péčí.

V souvislosti s dalším vývojem událostí ohledně regulačních poplatků je nutno zmínit i to, že Ústavní soud shledal za ústavně konformní právní úpravu sankcí za nevybírání regulačních poplatků s poukazem na možnou deformaci v přístupu ke zdravotnickému zařízení či snížení kvality zdravotní péče tam, kde by zdravotnické zařízení nevybírající regulační poplatky překračovalo kapacitu pacientů.

V závěru svého nálezu, který byl v převážné míře věnován přístupu Ústavního soudu k regulačním poplatkům, bylo konstatováno, že nebyl shledán ústavní rozpor a způsob, který byl zvolen pro tuto problematiku, je v souladu podobně jako zmocňovací ustanovení pro Ministerstvo spravedlnosti v případě advokátních tarifů. Ústavní soud tedy konstatoval, že napadaná ustanovení nejsou protiústavní a návrh předkladatelů zamítl.

Po nálezu Ústavního soudu, který zachoval přijatou právní úpravu zákona o pojištění ve znění změn v zákoně č. 261/2007 Sb. byla v našem zdravotním systému nastartována etapa spojená s novým institutem regulačních poplatků. Na základě debaty veřejné i odborné a po prvních odezvách byla přijata v roce 2008 na základě zákona č. 270/2008 Sb. změna v tomto institutu. Původní vládní návrh posléze zákona č. 261/2007 Sb. předpokládal, že by děti do 3 let věku byly všeobecně vyňaty z regulační poplatkové povinnosti. Při projednávání návrhu zákona však byla tato výjimka bez dalšího

pojištění v době prvních tří dnů pracovní neschopnosti.

vypuštěna a tato skutečnost byla po vstupu nové právní úpravy vnímána ze strany veřejnosti velmi negativně. Skupina poslanců předložila návrh novely zákona o pojištění s cílem poskytnout výjimku z povinnosti platit regulační poplatek za pobyt v ústavní péči novorozeným dětem, u nichž poplatek postrádá regulační smysl. Následně přijatý zákon č. 270/2008 Sb. rozšířil okruh výjimek z regulačních poplatků pro dárce orgánů, pro narozené děti ode dne porodu do dne propuštění ze zdravotnického zařízení, ve kterém došlo k porodu, pro pacienty umístěné bez jejich souhlasu do ústavní péče⁷¹ a pro pojištěnce umístěné k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Rovněž byla přijata právní úprava zakazující zdravotnickým zařízením vybírat regulační poplatky v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, která dle zákona regulačním poplatkům nepodléhá se sankcí do výše 50 000 Kč. Při opakované pokutě byla pro tato zařízení upravena jako vyšší sankce i možnost výpovědi smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče.

K další dílčí změně v zákoně o pojištění a v právní úpravě regulačních poplatků došlo přijetím *zákona č. 59/2009 Sb.* Podobně jako v případě zákona č. 270/2008 Sb. se jednalo o návrh vzešlý z legislativní iniciativy skupiny poslanců PČR. Původní návrh zákona měl za cíl zrušit regulační poplatky pro osoby mladší 18 let, u starobních důchodců, invalidních důchodců a dále pro rodiny s příjmy pod dvojnásobkem životního minima. Návrh prošel v rámci legislativního procesu řadou změn a Poslanecká sněmovna PČR nakonec přijala úpravu se změnami vzešlými ze Senátu PČR. Finální podoba schváleného zákona upravila nový princip sčítání regulačních poplatků za položku na receptu a doplatku za léčiva, od všech regulačních poplatků osvobodila všechny děti v pěstounské péči a osoby, jímž jsou poskytovány pobytové sociální služby. Od poplatků za návštěvu lékaře zákon nově osvobodil všechny osoby do 18 let. Oproti původnímu návrhu zákon naopak zpřísnil sankce pro zdravotnická zařízení při nevybírání regulačních poplatků. U dětí do 18 let a seniorů nově zákon snížil roční limit na regulační poplatky a doplatky na 2500 Kč.

⁷¹ Na základě tzv. detenčního řízení dle tehdy platného § 191a až 191g zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád v souladu s § 24 zákona č. 20/1966 Sb.

4.6.2 *Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění*

Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů novelizoval i zákon o pojistném. Zásadní změnou se stalo zavedení *maximálního vyměřovacího základu pro zaměstnance* pro výpočet výše pojistného a to ve výši čtyřicetinasobku průměrné měsíční mzdy⁷². Maximální vyměřovací základ zaměstnance tvořil součet vyměřovacích základů zaměstnance zjištěných v kalendářním roce, za který se maximální vyměřovací základ zjišťuje. U zaměstnance, který by dosáhl maximální výše v příslušném kalendářním roce, zaměstnavatel přestal odvádět pojistné za sebe i příslušného zaměstnance. Současně se zavedením maximálního vyměřovacího základu pro zaměstnance byla sladěna stejným způsobem právní úprava i pro osoby samostatně výdělečně činné⁷³. Dále bylo upraveno, že maximální vyměřovací základ se uplatní i v případě souběhu závislé činnosti a samostatně výdělečné činnosti.

Nově byl upraven i výpočet vyměřovacího základu pro pojistné za osoby, za které je plátcem pojistného stát. Vyměřovacím základem pro pojistné se stalo 25 % všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o 2 roky předchází kalendářnímu roku, pro který se vyměřovací základ zjišťuje⁷⁴.

V zákoně o pojistném došlo nově k zakotvení povinnosti zdravotních pojišťoven vydat na žádost plátce pojistného potvrzení o stavu jeho závazků (pojistného, penále, pokut a přírážek k pojistnému) a výši případného dluhu. Tato právní úprava zlepšila postavení plátce pojistného a zareagovala tak na praktické problémy předchozí úpravy, kdy docházelo k tomu, že plátcí pojistného rostlo dlužné pojistné a penále, aniž by se o tomto dozvěděl.

4.6.3 *Právní úprava zdravotních pojišťoven*

V porovnání se zákonem o pojištění, který od doby, kdy byl přijat, prochází „permanentní novelizací“, právní úprava zdravotních pojišťoven v této analyzované

⁷² Což pro rok 2008 znamenalo částku 1 034 880 Kč.

⁷³ V porovnání s rokem 2007, kdy byl maximální vyměřovací základ ve výši 486 000 tis. Kč, došlo u OSVČ k nárůstu.

etapě doznala určitě menších změn. Významnou změnou prošla právní úprava obou zákonných norem upravujících postavení zdravotních pojišťoven v rámci zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů.

Přijaté změny v zákoně o VZP nově upravily postavení ředitele pojišťovny. Pravomoc jmenovat a odvolávat ředitele VZP byla svěřena do rukou Správní rady⁷⁵ VZP. Pokud by se funkce ředitele uvolnila před uplynutím 4letého funkčního období, Správní rada jmenuje nového ředitele nejpozději do 60 kalendářních dnů. Z pravomocí Správní rady VZP bylo naopak vypuštěno rozhodování o změně hodnoty bodu (tuto pravomoc měla odlišně od správních rad ostatních pojišťoven pouze VZP).

V zákoně o VZP bylo blíže specifikováno, o kterých záležitostech rozhoduje Správní rada prostou většinou či absolutní, dále bylo upravena i otázka usnášeníschopnosti Správní rady. Nově bylo složení Správní rady VZP v zákoně jasně provázáno s termíny voleb do Poslanecké sněmovny (a tudíž i politickým rozložením). Bylo upraveno, že po ustavující schůzi Poslanecké sněmovny PČR se nově do 90 kalendářních dnů musí konat nové volby 20 členů Správní rady VZP volených Poslaneckou sněmovnou a dále 10 členů Dozorčí rady volených rovněž PSP ČR. Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky, výroční zprávy za předchozí rok a zprávy auditory VZP nově od této doby předkládala současně Ministerstvu zdravotnictví i Ministerstvu financí.

Podobě jako u zákona o VZP zákon o ZZP nově specifikoval rozhodování správní rady zaměstnanecké zdravotní pojišťovny prostou či absolutní většinou hlasů. S cílem sladit právní úpravy se zákonem o VZP bylo v zákoně o ZZP upraveno zmocnění pro ministra zdravotnictví podávat vládě návrhy na jmenování a odvolávání členů Správní rady ZZP.⁷⁶ Způsob zveřejňování zdravotně pojistného plánu, schválené výroční zprávy a schválené účetní závěrky u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven byl sladěn s úpravou v zákoně o VZP. Zákon rovněž upravil omylem vypadnuvší úpravu situace, kdy nedojde ke schválení zdravotně pojistného plánu zaměstnanecké zdravotní pojišťovny opět v souladu s úpravou v zákoně o VZP.

⁷⁴ Pro rok 2009 bylo v zákoně upraveno přechodné ustanovení, které zajistilo stejnou výši vyměřovacího základu jako pro rok 2008. Důvodem se stala nutnost regulovat výdaje ze státního rozpočtu. Toto nové ustanovení bylo naplněno až pro rok 2010.

⁷⁵ Původní návrh počítal s tím, že ředitele VZP bude jmenovat a odvolávat vláda ČR na návrh Správní rady [viz Důvodová zpráva k návrhu zákona, tisk 222 část 3/22, Poslanecká sněmovna PČR, volební období 2006 - 2010].

⁷⁶ Míněno 5 členů, které jmenuje a odvolává vláda ČR.

Zákon o ZZP byl v roce 2009 novelizován *zákonem č. 351/2009 Sb.*, který byl přijat na návrh skupiny poslanců s cílem dostatečným způsobem upravit podmínky ke sloučení nebo splynutí zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Novela reagovala v tomto směru i na skutečnost, kdy se mezi zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami začaly objevovat nové, které měly ambici sloučení s těmi stávajícími. V zákoně o ZZP byly tak upraveny konkrétní podmínky, za kterých může dojít k zániku zdravotní pojišťovny jejím splynutím nebo sloučením. Rovněž bylo upraveno, že v případě významných pojišťoven s počtem pojištěnců nad 200 000 bude schvalovací proces nikoliv v kompetenci Ministerstva zdravotnictví, nýbrž vlády ČR. Další novinku, kterou poslanecká novela zákona o ZZP přinesla, byla úprava zákazu činnosti statutárních zástupců, členů správní rady a dozorčí rady po zániku pojišťovny, za jejíž činnost nesli odpovědnost. V zákoně o ZZP byly dále upraveny podmínky pro vznik nové zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, kdy zákon zvýšil dolní limit počtu pojištěnců, kterého musí zaměstnanecká zdravotní pojišťovna dosáhnout do 1 roku od založení a to z původních 50 000 na 100 000 pojištěnců. Spolu s tím byla zvýšena i povinná kauce před vznikem zaměstnanecké zdravotní pojišťovny z 50 000 000 Kč na 100 000 000 Kč. Posledním významným právním předpisem, který novelizoval všechny čtyři normy veřejného zdravotního pojištění, se stal *zákon č. 362/2009 Sb.* Zákon mimo jiné přinesl v právní úpravě zdravotních pojišťoven (s cílem zabránit neefektivnímu vynakládání prostředků) zákaz poskytovat nebo slibovat pojištěncům finanční nebo nefinanční odměny za změnu zdravotní pojišťovny nad rámec plnění, která jsou poskytována stávajícím pojištěncům. V zákoně o pojistném došlo ke zvýšení maximálního vyměřovacího základu pro zaměstnance a OSVČ, byla zakotvena nová výše vyměřovacího základu pro pojistné hrazené státem za osoby, za které je plátcem pojistného stát. S cílem snížení výdajové stránky v systému doznal změn zákon o pojištění v oblasti úhrad léčivých přípravků.

V roce 2010 se nedošlo k žádným významným změnám v systému zdravotního pojištění a nová očekávání se upínala směrem k nové vládě formované po parlamentních volbách.

V analyzované etapě 2007 – 2010 lze nalézt tyto znaky:

- *k významným změnám právní úpravy v tomto období došlo na základě zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů č. 261/2007 Sb.;*
- *avizovaná zásadní reforma zdravotního systému nebyla uskutečněna;*
- *novelizace vedly k posílení pravomocí některých státem řízených institucí;*
- *způsob jmenování členů správních a dozorčích rad zdravotních pojišťoven byl propojen s volebním obdobím Poslanecké sněmovny PČR;*
- *přijaté změny v právní úpravě byly stabilizujícího charakteru.*

4.7 Etapa 2011 – 2013

4.7.1 *Zákon o veřejném zdravotním pojištění*

Ani v tomto období nebylo dosaženo nové právní úpravy, která by nahradila zákon o veřejném zdravotním pojištění. Nová vláda České republiky v souladu se svým Programovým prohlášením předložila zákon přijatý pod č. 298/2011 Sb., který do oblasti veřejného zdravotního pojištění přinesl řadu významných změn, které byly orientovány jak na příjmovou stránku systému veřejného zdravotního pojištění, tak i na optimalizaci výdajové stránky.

Mezi významné změny, které zákon přinesl, byla oblast stanovení výše a podmínek úhrad léčivých přípravků v souladu s požadavky klinické praxe (stanovování maximálních cen léčivých přípravků, sjednocení úpravy pro nové léčivé přípravky, přípravky moderní terapie apod.). Zákon přinesl významnou novinku a to pro oblast zákonné definice rozsahu zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, kdy měl zákon vytvořit legální prostor pro možnou spoluúcast pojištěnce. Zákon upravil, že ze zdravotního pojištění bude hrazena tzv. základní varianta zdravotní péče, která bude plně hrazena a dále bude možné si zvolit tzv. ekonomicky náročnější variantu, která má stejný terapeutický účinek jako základní varianta, avšak nesplňuje požadavek stanovený pro vynakládání zdrojů veřejného zdravotního pojištění. V takovém případě pacient by uhradil rozdíl mezi cenou základní a ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče. Zákon upravil, že za ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče bude považována pouze ta, která bude takto označena v prováděcím předpise k příslušnému ustanovení

v zákoně o pojištění. Pro zdravotnická zařízení zákon stanovil povinnost poskytnutí zdravotní péče pacientovi vždy v základní variantě a v případě existence možnosti ekonomicky náročnější varianty jej informovat v rámci svého ceníku o této možnosti a rozdílu mezi cenami obou variant tj. fakticky o pacientově spoluúčasti. Zákon dále stanovil, že cena ekonomicky náročnější varianty musí být stanovena v souladu s cenovými předpisy a pro zdravotnická zařízení rovněž upravit případné sankce za nedodržování zákonného postupu v souvislosti s poskytováním ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče. Zákon dále přinesl změnu pro oblast regulačních poplatků, kdy došlo k jejich změně v oblasti regulačního poplatku za den ve kterém je poskytována ústavní péče⁷⁷ k jeho navýšení z 60 Kč na 100 Kč za jeden den hospitalizace. Tímto krokem si vláda České republiky slibovala zejména naplnit neutěšenou příjmovou stránku zdravotnických zařízení, zejména nemocnic.

4.7.1.1 Nové zákony o zdravotních službách

Významnou změnou pro celou oblast zdravotnického práva se bezpochyby staly tři klíčové zákony, které byly přijaty v roce 2011 a účinnosti nabyly dnem 1.4.2012. Jednalo se o *zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách*, *zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách* a dále *zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě*. Tyto normy zcela nahradily předchozí právní úpravu obsaženou v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který na konci března 2012 pozbyl své platnosti. Všechny tři klíčové zákony přinesly řadu změn, které nejsou předmětem této práce, nicméně zásadním způsobem ovlivnily normy z oblasti veřejného zdravotního pojištění. Mezi základní změny lze uvést změny terminologické a změny v úpravě podmínek poskytování zdravotní péče (zdravotních služeb). Do zákonné úpravy byl zákonem o zdravotních službách zaveden pojem *zdravotní služby* místo dosud používaného pojmu zdravotní péče a dále také *poskytovatel zdravotních služeb* namísto dosud používaného pojmu zdravotnické zařízení, kdy se od této doby tento pojem definičně vztahuje pouze na prostory, kde jsou poskytovány zdravotní služby.⁷⁸ Na nové zákony reagoval přijatý *zákon č. 369/2011 Sb.*, který v rámci zákona o pojištění, zákoně

⁷⁷ Včetně komplexní lázeňské péče nebo ústavní péče v odborných léčebnách a ozdravovnách.

⁷⁸ Mezi další zásadní terminologické změny lze uvést zavedení pojmu *lůžková péče*, namísto dosud používané *ústavní péče* a další.

o pojistném a v obou zákonech o zdravotních pojišťovnách sjednotil právní úpravu s třemi novými zákony (včetně nové terminologie).

4.7.1.2 Nález Ústavního soudu č. 238/2013 Sb. (sp. zn. Pl. ÚS 36/11)

Přijetí zákona č. 298/2011 Sb. a další kroky ze strany Ministerstva zdravotnictví se staly terčem ostré kritiky politické opozice. V prosinci 2011 byla podán na základě návrhu skupiny poslanců Poslanecké sněmovny PČR návrh Ústavnímu soudu na zrušení některých částí zákona o pojištění a prováděcí vyhlášky č. 134/1998 Sb., na základě kterých se vydal Seznam výkonů s bodovými hodnotami v části, která se týkala vymezení ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče pro jejich rozpor s ústavním pořádkem, zejména s čl. 1, čl. 3 odst. 1, 4 odst. 4, čl. 6 odst. 1, čl. 11 odst. 1 a čl. 31. Listiny.

Základem podání návrhu byla přijatá právní úprava rozdělující zdravotní péči v zákoně o pojištění z hlediska úhrady z veřejného zdravotního pojištění na variantu základní, plně hrazenou a dále variantu ekonomicky náročnější, která nad rámec úhrady základní varianty hrazena není. Dále navrhovatelé napadali zvýšení regulačního poplatku za den poskytování lůžkové zdravotní péče z 60 Kč na 100 Kč a dále oprávnění ZP postihovat poskytovatele zdravotních služeb za porušení některých povinností uložených jim zákonem o pojištění.

Ústavní soud se při vlastním přezkumu zabýval, zda rozdělení zdravotní péče na základní a ekonomicky náročnější je v souladu s ústavním pořádkem, kdy určujícím je podle názoru Ústavního soudu čl. 31 Listiny. Možnost rozdělení zdravotní péče na plně a částečně hrazenou připustil Ústavní soud již v nálezu sp.zn. Pl. ÚS 35/95 a dále také ve svém nálezu sp.zn. Pl. ÚS 14/02, kde řešil otázku souladu zákazu zdravotnickým zařízením (poskytovatelům zdravotních služeb) přijímat od pojištěnců jakoukoli úhradu. Dále se Ústavní soud při posouzení daného návrhu opíral o své předchozí nálezy, kde byl vyložen pojem „bezplatnost“ (v souvislosti s čl. 31 Listiny). Podle názoru Ústavního soudu musí být v souladu s čl. 31 Listiny z prostředků veřejného zdravotního pojištění plně kryta kvalitní, plnohodnotná a účinná péče jakožto péče základní, standardní. Ústavní soud tak při samotném přezkumu dospěl k názoru, že *„samotné rozdělení zdravotních služeb hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění na variantu základní, z veřejného pojištění plně hrazenou, a variantu ekonomicky náročnější je*

v souladu s naším ústavním pořádkem“ [Nález ÚS č. 238/2013 Sb. sp. zn. Pl. ÚS 36/11 dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/Search.aspx>]. Zajímavé je, že v rámci přezkumu Ústavní soud argumentoval mimo jiné i nálezem a závěry obsaženými v nálezu Ústavního soudu Slovenské republiky (nález sp.zn. Pl. ÚS 38/03), kdy i tento dovodil, že pojem bezplatná péče má svůj rozsah a neznamena, že veškerá péče se poskytuje bezplatně. Základní nesoulad napadené právní úpravy však Ústavní soud spatřil v zákonném zmocnění a obsahu podzákoného předpisu upravující ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče. Ústavní soud shledal, že v zákoně o pojištění došlo k právní úpravě obecného základu variant základní i ekonomicky náročnější zdravotní péče. Podstatné pro ÚS bylo posouzení, zda dané rozdělení bylo i bez prováděcích předpisů dostatečně srozumitelné a aplikovatelné. ÚS dospěl k názoru, že *„zákon o veřejném zdravotním pojištění tedy udělal pouze první krok k vymezení standardu a nadstandardu“* [Nález ÚS č. 238/2013 Sb. sp. zn. Pl. ÚS 36/11 dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/Search.aspx>] a druhou podstatnou část ponechal pouze v prováděcí vyhlášce, což podle názoru Ústavního soudu je v rozporu s čl. 4 odst. 2 a čl. 31 Listiny.

Ústavní soud se dále zabýval návrhem na zrušení regulačního poplatku, kdy při svém přezkumu vycházel z předchozího nález sp.zn. PL. ÚS 1/08. Ústavní soud podrobil stejně jako v předchozím nálezu právní úpravu regulačního poplatku za den hospitalizace testu racionality, kdy na základě tohoto metodického přístupu dospěl k názoru, že jeho právní úprava ve znění zvýšeného regulačního poplatku v částce 100 Kč za den lůžkové péče je v rozporu s čl. 31 a čl. 3 odst. 1 Listiny. Ústavní soud shledal, že *„ústavní deficit navýšení poplatku je shledán právě v jeho nedostatečné diferenciaci a plošné aplikaci v kombinaci s absencí jakýchkoli limitů“* [Nález ÚS č. 238/2013 Sb. sp. zn. Pl. ÚS 36/11 dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/Search.aspx>]. Ústavní soud se v této věci zabýval v rámci svého posouzení právě právní úpravou tohoto poplatku v jiných zemích.

Ústavní soud ve svém nálezu v červnu 2013 rozhodl o zrušení částí zákona o pojištění upravující rozdělení variant na základní a ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče včetně části upravené v rámci prováděcí vyhlášky a to ke dni vyhlášení nález ve Sbírce zákonů. Dále rozhodl o zrušení regulačního poplatku za hospitalizaci a souvisejících sankcí ke dni 31.12.2013. Legisvakanční lhůta byla stanovena s ohledem

na to, že se regulační poplatek stal významným příjmem poskytovatelů zdravotních služeb a okamžitý výpadek by je zásadním způsobem ekonomicky postihl.

4.7.2 Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Zákon o pojistném doznal v tomto období dílčích změn. Na základě zákona č. 298/2011 Sb. došlo s cílem posílit příjmovou stránku systému ke změnám týkající se vymáhání dlužného pojistného a penále, kdy došlo k prodloužení lhůty, po kterou může zdravotní pojišťovna vymáhat dlužné pojistné včetně penále z dosavadních 5 na 10 let. Dále se prodloužila i lhůta pro možnost udílení pokud plátcům pojistného ze strany ZP z jednoho roku na dva.

Významnou změnu z pohledu příjmové stránky veřejného zdravotního pojištění přineslo zákonné opatření Senátu PČR publikované ve Sbírce zákonů pod č. 342/2013, kdy došlo ke změně (zvýšení) vyměřovacího základu pro platbu pojistného státem za osoby, za které je plátcem pojistného stát, z dosavadních 5 355 Kč na 5 829 Kč.

4.7.3 Právní úprava zdravotních pojišťoven

V návaznosti na možné slučování zdravotních pojišťoven byla zákonem č. 298/2011 Sb. upravena i tato oblast, kdy dosavadní právní úprava dle předkladatelů návrhu zákona v podstatě znemožňovala možnou fúzi zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Zákon znal pouze dvě možnosti sloučení zdravotních pojišťoven a to za situace, kdy příslušná zaměstnanecká zdravotní pojišťovna nedosáhla potřebného počtu pojištěnců a dále při nucené správě ZP. Nově byla upravena možnost sloučení funkčních a prosperujících zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven za splnění zákonem stanovených podmínek a to na základě povolení vydaného Ministerstvem zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. Právní úprava v oblasti slučování ZP se tak částečně vrátila na původní podobu, která byla před 1.11.2009, kdy došlo ke změně na základě zákona č. 351/2009. Zákon č. 298/2011 Sb. přinesl i dílčí změny týkající se odstranění nejasností ohledně výkonu funkce a funkčního období ředitele VZP, ředitelů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a členů orgánů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Členem orgánu zaměstnanecké zdravotní pojišťovny ani jejím ředitelem již dále nemohla být osoba,

která v předchozích pěti letech byla v podobné pozici v zaměstnanecké zdravotní pojišťovně, která byla zrušena s likvidací.

V této etapě byl přijat i zákon č. 458/2011 Sb., který měnil celou řadu zákonů (souvisejících s plánovaným zřízením jednoho inkasního místa) včetně všech klíčových zákonů z oblasti zdravotního pojištění. Tento zákon však do oblasti zdravotního pojištění přijatými změnami nezasáhl, neboť většina jich byl přijata s účinností od 1.1.2015 a v mezidobí zrušena jiným právním předpisem⁷⁹. Jedinou změnou, kterou tento zákon přinesl, se stala úprava v názvu a doprovodné terminologii v zákoně o pojistném a ostatních zákonech. Název zákona o pojistném byl s účinností od 1.1.2014 po mnoha letech sladěn s používanou terminologií v zákoně o pojištění a upraven na *zákon o pojistném na veřejné zdravotní pojištění*.

Pro tuto etapu 2011 – 2013 je v oblasti změn právní úpravy veřejného zdravotního pojištění charakteristické to, že:

- *přijaté změny měly za cíl posílit příjmovou stránku poskytovatelů zdravotních služeb;*
- *právní úpravu ovlivnilo přijetí tří klíčových norem pro oblast poskytování zdravotních služeb;*
- *základní přijaté změny směřem k možnosti zavedení legální úhrady nadstandardní péče byly zamezeny dalším významným nálezem Ústavního soudu.*

Tato etapa tak nastartovala díky třem reformním zdravotním zákonům novou éru v celém systému zdravotnictví. Díky novým zákonům, které nahradily zákon č. 20/1966 Sb., se změnil i pohled na vztahy uvnitř celého systému a došlo k posílení práv pojištěnců – pacientů.

⁷⁹ Důvodem byla skutečnost, že nedošlo k naplnění původních předpokladů a nebylo zřízeno jedno inkasní místo a bylo zapotřebí se vypořádat s platným, ale ve větší části dosud neúčinným zákonem 458/2011 Sb.

4.8 Etapa 2014 - 2015

4.8.1 *Zákon o veřejném zdravotním pojištění*

Jednou z podstatných změn v rámci právní úpravy poskytování zdravotní péče na evropské úrovni se stalo přijetí směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2011/24/EU o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. V souladu s ní měly členské státy do října 2013 provést změny ve vnitrostátní úpravě nezbytné k tomu, aby byly v souladu s touto směrnicí. S ohledem na časový skluz a možné peněžní sankce předložila přechodná vláda v říjnu 2013 novelu zákona o pojištění přijatou pod č. 60/2014 Sb., která upravila otázku přeshraniční péče v zákoně o pojištění. V této souvislosti byly přijaty i další úpravy reagující na koordinační nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 883/2004 a prováděcího nařízení k tomuto nařízení č. 987/2009.

V zákoně o pojištění bylo nově upraveno v rámci práv pojištěnce, právo na náhradu nákladů, které pojištěnec vynaložil v cizině (mimo území ČR) za neodkladnou zdravotní péči a dále právo na náhradu nákladů za hrazené přeshraniční služby v jiném členském státě Evropské unie (za předpokladu hrazení v rámci ČR). Právo na náhradu nákladů za přeshraniční zdravotní péči zákon omezil pouze do výše, která by byla hrazena na území ČR. Nově se tedy v zákoně o pojištění objevuje pojem *náhrada*, kdy se náhradou rozumí následné proplacení částky, která byla uhrazena v předchozí době za poskytnuté zdravotní služby. Zákon zavedl systém předchozího souhlasu, kdy podle této úpravy může vláda ČR vymezit takové hrazené služby, jejichž náhrada by byla realizována pouze v případě, že by byl pojištěnci udělen předchozí souhlas, o který by pojištěnec musel požádat ještě před zahájením čerpání zdravotních služeb u příslušné zdravotní pojišťovny. Centrum mezistátních úhrad se podle této novely zákona o pojištění stalo národním kontaktním místem pro zahraniční pacienty směřující za péčí do ČR.

Nález Ústavního soudu sp.zn. Pl. ÚS 36/11, kterým došlo ke zrušení regulačního poplatku za hospitalizaci, znamenal významný výpadek příjmů v rámci systému veřejného zdravotního pojištění, kdy celkový dopad na poskytovatele zdravotních služeb se odhadoval celkem na 2,1 mld. Kč ročně. Vláda ČR se ve svém Programovém prohlášení mimo jiné zavázala výpadek spojený se zrušením regulačních poplatků za

hospitalizace kompenzovat poskytovatelům ze státního rozpočtu. Na základě uvedených skutečností byl přijat zákon č. 109/2014, který novelizoval s účinností od 1.7.2014 všechny základní normy pro oblast zdravotního pojištění. V zákoně o pojištění se upravil nárok poskytovatelů lůžkové zdravotní péče (včetně lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče) na dočasnou úhradu ve výši kompenzující výši příjmů od pojištěnců za regulační poplatky za hospitalizaci. Cílem této novely bylo v maximální možné míře kompenzovat pro rok 2014 výpadek příjmů způsobený zrušením zmíněných regulačních poplatků.

Zrušené regulační poplatky za hospitalizaci se staly předmětem další debaty nad dalším setrváním ostatních regulačních poplatků. V říjnu 2014 byl přijat zákon č. 256/2014 Sb., který zbývající regulační poplatky (regulační poplatky za recept i ošetření v ambulantní péči) vyjma regulačních poplatků za využití pohotovostní služby ve výši 90 Kč zrušil a to k 1.1.2015. Roční ochranný limit v rámci zákona o pojištění byl zachován s tím, že do jeho výše se od 1.1.2015 počítají pouze doplatky na léčiva a potraviny pro zvláštní lékařské účely.

Další vliv na právní úpravu v zákoně o pojištění měl nález Ústavního soudu ČR sp.zn. Pl. ÚS 43/13 publikovaný ve Sbírce zákonů pod č. 77/2014 Sb., který ke dni 31.12.2014 zrušil prováděcí vyhlášku k zákonu o pojištění a to vyhlášku č. 267/2012 Sb. , o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé , děti a dorost pro její rozpor s čl. 79 odst. 3 a čl. 31 Listiny. Smyslem Indikačního seznamu bylo podrobné vymezení podmínek a rozsahu hrazení lázeňské léčebně rehabilitační péče. Ministerstvo zdravotnictví vydává Indikační seznam vyhláškou na základě zmocnění v § 33 odst. 2 zákona o pojištění. Skupina senátorů podala návrh na její zrušení, kdy hlavním důvodem bylo mimo jiné i výrazné omezení možností poskytování této péče (například opakovaných lázeňských pobytů) v rámci podmínek daných touto vyhláškou.⁸⁰ Ústavní soud ve svém nálezu konstatoval, že podmínky nároku na poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče musí vyplývat přímo ze zákona o pojištění v souladu s čl. 31 Listiny. Vláda připravila na základě nálezu Ústavního soudu novelu zákona o pojištění, kdy podmínky pro poskytování této péče (délka léčebného

⁸⁰ I v důsledku pravidel ve vyhlášce č. 267/2012 Sb. došlo k prohloubení poklesu lázeňských pobytů a ošetrovacích dnů. Mezi další vlivy na pokles lázeňských pobytů patřilo zvýšení regulačních poplatků z 60 na 100 Kč). Situaci velmi intenzivně řešilo Ministerstvo zdravotnictví se zástupci Svazu lázeňských míst ČR a Svazu léčebných lázní ČR.

pobytu, možnosti prodloužení nebo opakování léčebného pobytu apod.) stanovila v zákoně a upřesnění (medicínská kritéria odborného charakteru) ponechala na stanovení ve vyhlášce. Stalo se tak přijetím novely zákona o pojištění – zákonem č. 1/2015 Sb., který přímo v zákoně o pojištění definoval základní podmínky poskytování lázeňské léčebné rehabilitační péče.

Zákon o pojištění doznal poslední zásadní změny přijetím zákona č. 200/2015 Sb. Zákon č. 200/2015 Sb. v rámci novelizace zákona o pojištění nově upravil s cílem zvýšit *transparentnost* celého systému veřejného zdravotního pojištění povinnost zveřejňovat smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb.⁸¹ Dalším z cílů novely zákona o pojištění se také stalo posílení státního dozoru nad finančními toky ve zdravotním pojištění. Povinnost zveřejnit smlouvu s příslušným poskytovatelem zdravotních služeb byla dána zdravotním pojišťovnám. Účinnost uzavřené smlouvy nebo jejího dodatku je dána teprve jejím zveřejněním (způsobem umožňujícím dálkový přístup, nejpozději do 60 dnů ode dne uzavření smlouvy). V zákoně o pojištění byly přijaty skutkové podstaty některých deliktů zdravotních pojišťoven tak, aby byly vynutitelné a mohly být případně sankcionovány. Mezi správní delikty zákon uvedl například nezveřejnění smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb ze strany ZP nebo nezajištění ze strany ZP svým pojištěncům poskytování hrazených služeb včetně jejich místní a časové dostupnosti, kdy za tyto konkrétní správní delikty zákon umožňuje uložit pokutu až do výše 10 000 000 Kč.

4.8.2 *Zákon o pojistném na veřejné zdravotní pojištění*

Zákon č. 109/2014 Sb., který reagoval především na předchozí nález Ústavního soudu ČR, mimo jiné i v této souvislosti upravil změnu v zákoně o pojistném a to v navýšení vyměřovacího základu pro platbu pojistného státem za osobu, za kterou je plátcem pojistného stát z původních 5 829 Kč na částku 6 259 Kč⁸². Zákon o pojistném byl s účinností od 1.1.2015 dále změněn přijatým zákonem č. 267/2014 Sb. Přijaté změny se týkaly právní úpravy stanovení vyměřovacího základu zaměstnance, úpravy plnění

⁸¹ Do přijetí zákona č. 200/2015 Sb. se smlouvy se zdravotními pojišťovnami zveřejňovaly pouze na základě dobrovolnosti (pro část poskytovatelů – státní příspěvkové organizace nemocničního typu) nebo na základě konkrétní žádosti žadatele podle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím.

⁸² Měsíční platba pojistného za osobu, za kterou stát platí pojistné se tak zvýšila od 1.7.2014 z původních 787 Kč na 845 Kč.

nezahrnovaných do tohoto vyměřovacího základu. V porovnání s předchozí úpravou tak byla v zákoně taxativně stanovena plnění, z nichž se neodvádí zdravotní pojištění. Další novinku přinesl zákon pro zaměstnavatele u platby pojistného v případě neplaceného volna zaměstnanců a neomluvené absence. Zákonem č. 267/2014 Sb. došlo k úplnému zrušení právní úpravy maximálního vyměřovacího základu v zákoně o pojistném, který byl do právní úpravy přijat v roce 2007 v rámci zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů od 1.1.2008. Tento maximální vyměřovací základ se nepoužil již pro přechodné období 2013 – 2015 a k jeho úplnému zrušení tak došlo až tímto zákonem.

4.8.3 Právní úprava zdravotních pojišťoven

Právní úprava v zákoně o VZP a zákoně o ZZP byla změněna přijatým zákonem č. 109/2014 Sb., kdy byl dán (v souvislosti s úpravou kompenzací pro poskytovatele zdravotních služeb) do zákonem stanovených výdajů všech ZP i výdaj na kompenzace regulačních poplatků. Toto zůstalo dále upraveno i s následně přijatým zákonem č. 256/2014 Sb. po situaci, kdy byla zrušena většina regulačních poplatků.

Jedním z problémů vztahů mezi zdravotními pojišťovnami se staly v posledních letech tzv. náборы pojištěnců pomocí třetích osob, kdy byly zaznamenány nestandardní přechody pojištěnců. Následné kontroly pak odhalily významné částky, které byly vynaloženy na jejich nábor. Nová právní úprava v zákoně o VZP a zákoně o ZZP s přijetím zákona č. 200/2015 Sb. zakázala využívání náborů pojištěnců pomocí třetích osob pod sankcí 5 milionů Kč. S ohledem na nedostatek finančních prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění byla přijata právní úprava, která snížila povinnou výši rezervního fondu zdravotních pojišťoven na polovinu (z 1,5 % na 0,75 % průměrných ročních výdajů základního fondu příslušné ZP za poslední 3 roky). Zdravotním pojišťovnám zákon nově uložil povinnost předávat informace Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí, které si vyžádají jako nezbytné k výkonu své působnosti ve vymezených oblastech zdravotního pojištění (tvorba úhradových mechanismů, sledování místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, udržování a rozvoj systému přerozdělování pojistného a sledování ekonomické efektivity zdravotních služeb). Podobně jako v předchozím období došlo na základě novely zákona o VZP a zákona ZZP k úpravě podmínek výkonu funkce ředitele VZP a členů

orgánů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven směrem k precizaci úpravy překážek pro výkony těchto funkcí. Na základě zákona č. 200/2015 Sb. byl k 31.12.2015 rovněž v zákoně o ZZP zrušen zajišťovací fond (zřízený na základě zákona č. 48/1997 Sb.), který podle důvodové zprávy k zákonu již neplnil svůj účel, neboť zdravotní pojišťovny do něj již nepřispívaly.

Etapa 2014 – 2015 se vyznačovala následujícími znaky:

- *právní úprava veřejného zdravotního pojištění vycházela z potřeb daných judikaturou Ústavního soudu ČR a právních předpisů v rámci EU;*
- *změny byly orientovány na úpravu příjmové stránky v systému zdravotního pojištění;*
- *novely reagovaly zejména na konkrétní problémy v praxi, nikoliv na nastavení možných dlouhodobějších opatření v rámci celého systému.*

Podobně jako v předchozích etapách i toto období bylo poznamenáno předchozí rozhodovací činností Ústavního soudu. Zároveň bylo ovlivněno i změnou politického klimatu po volbách do Poslanecké sněmovny PČR na podzim roku 2013.

5. Vývoj právní úpravy veřejného zdravotního pojištění na Slovensku, srovnání s vývojem právní úpravy v ČR

Vývoj právní úpravy zdravotního pojištění na Slovensku a problémy slovenského zdravotnického systému mohou sloužit jako zajímavá inspirace a srovnání pro budoucí vývoj právní úpravy v České republice. Oba státy mají společnou minulost, pojí je i podobné problémy. Autorka této práce si právě proto pro srovnání vybrala vývoj právní úpravy u našich sousedů se zaměřením na vývoj právní úpravy v období po roce 2003, kdy byla přijata řada reformních zákonů ovlivňující vývoj právní úpravy dodnes a mající možný námět de lege ferenda pro vývoj v ČR.

5.1 Ústavní základy

Podobně jako český systém zdravotního pojištění, má i slovenský svá východiska ústavně zakotvena v ústavním zákoně č. 460/1992 Sb. – Ústavě Slovenské republiky a to v čl. 40, který je podobný čl. 31 české Listiny základních práv a svobod:

„Každý má právo na ochranu zdravia. Na základě zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomocky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.“

Základní rozdíl mezi českou a slovenskou úpravou je skutečnost, že oproti české právní úpravě Ústava Slovenské republiky ve svém čl. 40 přímo zakotvuje právo občana uvedené v čl. 31 Listiny. Normativní obsah ústavní normy čl. 31 Listiny je dále omezen článkem 41 odst. 1 Listiny. Lze se ho jako práva dovolat pouze v mezích zákonů, které tato ustanovení provádějí.

5.2 Právní úprava zdravotního pojištění

Slovensko stálo po roce 1990 na stejné výchozí pozici jako Česká republika s potřebou nastartování reformy celého systému. Už od počátku tvorby právního rámce slovenského systému zdravotního pojištění byly akceptovány základní principy, které jsou shodné i v českém systému zdravotního pojištění – princip solidarity mezi zdravými a nemocnými, solidarity mezi bohatými a chudými (princip sociální solidarity pojištěnců), princip jednoho povinného pojištění. Systém zdravotního pojištění byl obnoven podobně jako v ČR k 1.1.1993. K tomuto datu byla zřízena Národní pojišťovna, která byla pověřena správou zdravotního, nemocenského i důchodového pojištění. V roce 1995 došlo k jejímu rozdělení na Sociální pojišťovnu jako nositelku nemocenského a důchodového pojištění a na Všeobecnou zdravotní pojišťovnu jako nositelku pojištění zdravotního, zajišťující zřizování resortních, odvětvových, podnikových a občanských zdravotních pojišťoven.

Základním právním předpisem po vzniku samostatné Slovenské republiky pro oblast zdravotního pojištění se stal zákon přijatý Národní radou Slovenské republiky (dále jen „NR SR“) č. 273/1994 Z.z., o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriďovaní rezortných, odvetvových podnikových a občianských zdravotných poisťovní ve znění pozdějších předpisů. Zákon

zakotvil povinné zdravotní pojištění pro všechny občany SR, kteří přispívali ve výši 13,7 % z měsíčního vyměřovacího základu. V případě zaměstnanců 10 % hradil zaměstnavatel a 3,7 % zaměstnanec, za ekonomicky neaktivní obyvatele platby hradil stát, za nezaměstnané úřady práce.

Jak už bylo uvedeno, stejně jako v České republice byl na Slovensku zvolen systém veřejného zdravotního pojištění založený na financování zdravotní péče pomocí veřejnoprávních institucí (fondů) – zdravotních pojišťoven. Před vznikem Všeobecné zdravotní pojišťovny vznikly na Slovensku na základě samostatných zákonů dvě pojišťovny⁸³, rok 1995 se stal obdobím rozvoje zdravotních pojišťoven, kdy k 31.12. 1996 působilo na území SR celkem 12 zdravotních pojišťoven.

Vývoj celého systému pojištění vykazoval již od druhé poloviny 90tých let značnou *nestabilitu*, zejména *finanční*. Podobně jako v České republice došlo k zániku některých zdravotních pojišťoven. I díky novelizaci zákona o zdravotním pojištění, kdy byly zpřísněny podmínky pro existenci zdravotních pojišťoven – např. stanovením minimálního počtu pojištěnců na 300 000, došlo ke sloučení či likvidaci zdravotních pojišťoven. Po zaniklých pojišťovnách zůstaly nesplacené závazky a celý systém stál před velkým krachem.

Velkým problémem se stala otázka neplacení pojistného ze strany velkým firem i drobných pojištěnců, pod záminkou nedostatku finančních zdrojů byl často měněn systém přerozdělování pojistného mezi pojišťovnami a to spíše účelově. Dluh slovenského zdravotnictví začal dramaticky narůstat⁸⁴.

V roce 2002, kdy po celostátních volbách nastoupil nový ministr zdravotnictví, byla situace v systému veřejného zdravotního pojištění velmi kritická, neboť se systém potýkal s výrazným deficitem.

V roce 2003 přijal slovenský parlament zákon č. 138/2003 Z.z., který mimo jiné novelizoval zákon č. 273/1994 Z.z., o zdravotnej starostlivosti a zákon č. 98/1995 Z.z., o liečebnom poriadku. Tento zákon jako „předvoj“ reformního balíku zákonů, které byly přijaty v následujícím roce, zavedl do slovenského systému regulační poplatky [§ 3a „úhrada za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti“ zákona č.98/1995 Z.z., o liečebnom poriadku]. Cílem zavedení regulačních poplatků bylo

⁸³ Pojišťovna Ministerstva vnitra a Vojenská zdravotní pojišťovna.

omezení nadbytečných zdravotních služeb, zamezení korupce ve zdravotnictví a zvýšení spoluodpovědnosti pacienta.

Přijatý zákon se stal terčem kritiky parlamentní opozice, která navrhla toto ustanovení zrušit pro rozpor s Ústavou SR respektive s čl. 40. Ústavní soud SR návrh skupiny poslanců zamítl a shledal ve svém nálezu publikovaném ve Sbírce nálezů a usnesení Ústavního soudu SR pod sp.zn. *PL. ÚS 38/03*, že zavedené poplatky jsou v souladu s Ústavou Slovenské republiky.

V roce 2004 přijala NR SR reformní balík 6 zákonů. Základní změny v oblasti zdravotního pojištění byly postaveny na nových principech – zejména na zvýšení konkurence při správě zdravotního pojištění a poskytování zdravotní péče. Bylo zakotveno konkurenční prostředí pro subjekty, které poskytují zdravotní pojištění a na druhé straně vytvořeny podmínky pro zdravou konkurenci mezi zdravotnickými zařízeními [Hrabák J. Zdravotnictví a právo 2004, č. 9:s.11].

Během roku 2005 došlo k naplňování přijatých zákonů, došlo k transformaci zdravotních pojišťoven, vznikl dohledový úřad nad pojištěním a poskytovanou péčí. K dalším zásadním reformním krokům však nedošlo nebo nevstoupily v účinnost - nedošlo například k transformaci veřejných zdravotnických zařízení na akciové společnosti, nedošlo k redukci rozsahu hrazené péče, nerealizovalo se individuální zdravotní pojištění, neboť nedošlo k přesnému vymezení péče hrazené ze systému veřejného pojištění. Zákony byly postupně novelizovány do dnešní podoby i díky změně politické reprezentace po roce 2006, která nastartovala opačný směr reformu směrem k posílení role státu v celém systému. Regulační poplatky doznaly v rámci dalšího vývoje změn, kdy jejich výše byla delegována na prováděcí předpis – nařízení vlády. Postupně byla také snižována výše zavedených regulačních poplatků až na úroveň 0, jediným poplatkem, který ve své snížené podobě zůstal, je poplatek za recept. Podobně jako v ČR, právní úprava zdravotního pojištění na Slovensku po roce 2002 nebyla upravena jednotně v rámci jednoho předpisu. Byla upravena otázka zdravotního pojištění, právních vztahů vznikajících na základě pojištění a přerozdělování pojistného. Svoji samostatnou právní normu dostala právní úprava postavení zdravotních pojišťoven a dohledu nad zdravotním pojištěním. Základními právními předpisy pro

⁸⁴ Slovenské zdravotnictví se začalo po roce 2000 zadlužovat tempem 7 miliard slovenských korun ročně, celkový dluh se vyšplhal na výši 40 miliard.

oblast zdravotního pojištění se staly po přijatých změnách v roce 2004 **zákon č. 580/2004 Z.z., o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákon č. 581/ 2004 Z.z., o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.**

Vzhledem k častým novelizacím obou zákonů vychází autorka z právního stavu obou předpisů k 1.9.2015 s tím, že upozorňuje na některé změny, které od účinnosti obou právních předpisů nastaly.

5.3 **Zákon o zdravotním pojištění**

Zákon č. 580/2004 Z.z., o zdravotním pojištění jako jeden z 6 reformních zákonů přijatých na podzim roku 2004 upravil několik základních okruhů: zdravotní pojištění, právní vztahy vznikající na základě zdravotního pojištění a přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění.

Zákon vymezil základní druhy zdravotního pojištění na Slovensku – povinné veřejné zdravotní pojištění a individuální zdravotní pojištění [§ 2 zákona č. 580/2004 Z.z.].

Zákon vymezil osobní rozsah povinného veřejného zdravotního pojištění, vznik a zánik veřejného zdravotního pojištění. Bylo zachováno právo pojištěnce na výběr zdravotní pojišťovny za podmínek stanovených v zákoně, s možností její změny jedenkrát do roka a to k 1.1. následujícího kalendářního roku. Rovněž také právo pojištěnce na úhradu zdravotní péče v rozsahu uvedeném v přijatém zákoně č. 577/2004 Z.z.⁸⁵. Dále mezi práva pojištěnců zákon zahrnul právo na informace o smluvních poskytovatelích příslušné zdravotní pojišťovny, na kontrolu poskytnuté zdravotní péče a dále zákon zakotvil ochranu práv pojištěncům prostřednictvím Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí.

Okruh povinných plátců pojistného zákon určil podobně jako český právní řád (zaměstnanec, osoba samostatně výdělečně činná, zaměstnavatel, stát). Základní sazba pojistného byla stanovena na 14 % z vyměřovacího základu, s tím, že bylo v podstatě navázáno na předchozí právní úpravu v zákoně č. 273/1994 Z.z.⁸⁶ Zákon stanovil

⁸⁵ Zákon č. 577/2004 Z.z., o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

⁸⁶ Původní sazba pojistného 13,7 % byla od roku 2001 navýšena na 14 % a to s ohledem na špatnou finanční situaci v celém systému zdravotního pojištění.

základní sazbu pro stát, který odvádí pojistné za vymezený okruh pojištěnců⁸⁷ na 4 % z vyměřovacího základu. Zákon dále upravil platbu pojistného a jeho zálohy, otázku nedoplatků, vymáhání dlužného pojistného, pokut. Byl stanoven mechanismus přerozdělování pojistného a to ve formě měsíčního a následně ročního přerozdělování s kontrolním dohledem ze strany Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí.

Zákon byl od svého přijetí často novelizován. Mezi ty zásadní změny patřila například úprava podmínek přeshraniční zdravotní péče, zohlednění pojištěnců státu v přerozdělení pojistného, úpravy vyměřovacího základu o další příjmy (dohody o provedení práce, příjmy z dividend) a další.

5.3.1 Srovnání s právní úpravou v ČR

Právní úpravu obsaženou v zákoně č. 580/2004 Z.z. najdeme v ČR v zákoně č. 48/1997 Sb. a hlavně v zákoně č. 592/1992 Sb. Srovnáme-li obě právní úpravy, lze konstatovat, že slovenská právní úprava působí komplexnějším dojmem, je to dáno i díky tomu, že je v ČR daná problematika nesystémově upravena ve dvou právních předpisech.

Velmi podobně je v obou právních řádech upraven osobní rozsah pojištění vztahující se zejména na trvalý pobyt pojištěnce včetně okruhu plátců. Pevnou sazbu pojistného nalezneme rovněž v obou zemích. V případě okruhu plátců zaměstnanců je rozdělení poměru mezi zaměstnavatele a zaměstnance stanoveno v SR na 10 % pro zaměstnavatele a 4 % pro zaměstnance. V ČR je rozdělení poměru z celkových 13,5 % pro zaměstnavatele 9 % (2/3), pro zaměstnance činí 1/3 čili 4,5 % z vyměřovacího základu.

Z hlediska zákonného vymezení práv a povinností pojištěnců, je v tomto směru slovenská právní úprava inspirativní. Jde především o zákonnou garanci možnosti vymahatelnosti práv vyplývajících z veřejného zdravotního pojištění u zřízeného Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí⁸⁸. Zákon č. 580/2004 Z.z. zároveň omezil práva pojištěnců na úhradu zdravotní péče, kteří neplatí zálohy na zdravotní pojištění, mají nedoplatek na pojistném nebo dluží za poskytnutou zdravotní péči či se nepřihlásili ke zdravotnímu pojištění, a to na úhradu pouze neodkladné zdravotní péče. Zákon dále

⁸⁷ Např. nezaopatřené děti, fyzické osoby pobírající důchod, fyzické osoby pobírající určitý okruh sociálních dávek (nezaměstnaní, ženy pobírající rodičovský příspěvek atd.) apod.

⁸⁸ Podrobně o Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí viz dále.

upravil otázku omezené úhrady poskytnuté neodkladné zdravotní péče ze strany státu příslušné pojišťovně.

Odlišně je také upravena otázka přerozdělování pojistného s tím, že na rozdíl od ČR, kde byla během vývoje otázka přerozdělení pojistného předmětem velkých debat, v SR byla vždy přerozdělována většina pojištění.

5.4 Zákon o zdravotních pojišťovnách a dohledu nad zdravotní péčí

Zákon č. 581/2004 Z.z. vstoupil v účinnost 1. 11. 2004. Na jeho základě došlo k zásadní změně v právní úpravě a postavení zdravotních pojišťoven na Slovensku. Zákon nahradil předchozí zákon č. 273/1994 Z.z., o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní a dále také zákon č. 280/1997 Z.z., o Spoločnej zdravotnej poisťovni. V jedné zákonné normě bylo upraveno postavení zdravotních pojišťoven a podmínky vykonávání zdravotního pojištění, činnost, organizace a řízení zdravotních pojišťoven, dále zřízení, působnost, organizaci a řízení Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí (dále také „Úřad“), samotná dohledová činnost nad zdravotní péčí a transformace zdravotních pojišťoven na akciové společnosti.

Zákon upravil jednotnou a novou právní formu zdravotních pojišťoven a to právní formu *akciové společnosti* se sídlem na území Slovenské republiky, založené za účelem výkonu veřejného zdravotního pojištění na základě *povolení* k výkonu veřejného zdravotního pojištění. Pojišťovny měly podle nové právní úpravy vznikat dle podmínek tohoto zákona se subsidiární úpravou ve slovenském obchodním zákoníku [§ 2 zákona č. 581/2004 Z.z.].

Zákon upravil samotný režim pro činnost zdravotních pojišťoven jako akciových společností s tím, že stanovil podmínky⁸⁹ pro možnost vydání povolení k samotné činnosti. Bylo rovněž ustanoveno, že zdravotní pojišťovny mohou vydat pouze akcie v podobě zaknihovaných cenných papírů na jméno, zákon zakázal změnu podoby a formy akcií. Povolení se dle zákona vydává na dobu neurčitou s tím, že není

převoditelné na jinou právnickou či fyzickou osobu. Byla upravena i otázka změny, zrušení či zániku povolení k výkonu zdravotního pojištění.

Otázku samotného procesu vzniku a zániku zdravotní pojišťovny jako akciové společnosti ponechal na obecné úpravě pro akciové společnosti, zákon odlišně upravil některé otázky⁹⁰ likvidace zdravotních pojišťoven.

Zákon rovněž upravil pro pojišťovny dosud existující možnost a pro některé, povinnost⁹¹ transformace na zdravotní pojišťovny - akciové společnosti podle tohoto zákona a to na základě tzv. transformačního projektu, který zákon uložil vypracovat a a následně jej schvalovalo shromáždění všech zřizovatelů/zakladatelů příslušné transformující se zdravotní pojišťovny (u Všeobecné zdravotní pojišťovny – obdoba české VZP – bylo za zřizovatele považováno slovenské Ministerstvo zdravotnictví). Prvními akcionáři nově přetransformované zdravotní pojišťovny – akciové společnosti se stali samotní zřizovatelé konkrétní pojišťovny s podílem daným v transformačním projektu. Nové akciové společnosti byly založeny na základě schváleného transformačního projektu, dosavadní zakladatelé příslušné zdravotní pojišťovny se stali zároveň prvními zakladateli i nově vzniklé zdravotní pojišťovny, a.s., s tím, že zakladatelé požádali o povolení k výkonu svých činností stejně jako samostatně nově vznikající zdravotní pojišťovny – akciové společnosti. Aktem vzniku se stal zápis do obchodního rejstříku. Tímto dnem zároveň zanikla i předešlá zdravotní pojišťovna. Všechny práva a povinnosti předešlé zdravotní pojišťovny přešly na zřizovatele/zakladatele v poměru dle transformačního projektu. Zároveň dnem vzniku nové akciové společnosti se stali dosavadní pojištěnci předešlé zdravotní pojišťovny, pojištěnci nově vzniklé a.s. Dvěma zdravotním pojišťovnám⁹² zákon zakotvil povinnost transformace na a.s. do 31. 5. 2005.

Všechna dosavadní povolení k činnosti - výkon zdravotního pojištění pro zdravotní pojišťovny vydané před 1. 11. 2004 zákon ponechal v omezené platnosti a to do 30.

⁸⁹ Zákon stanovil, že výše základního jmění nově založené akciové společnosti žádající o povolení k činnosti musí být minimálně ve výši 3 319 391 eur a zároveň, že pod tuto výši nesmí základní jmění klesnout po celou dobu faktické činnosti zdravotní pojišťovny na základě vydaného povolení.

⁹⁰ Například otázku určení osob, které nesmí být likvidátorem, určení likvidátora.

⁹¹ Všeobecné zdravotní pojišťovně a Společné zdravotní pojišťovně zákon uložil povinnou transformaci na akciovou společnost do 31.3.2005. Do tohoto data měly obě pojišťovny zažádat o povolení k činnosti podle tohoto zákona. Zákon rovněž stanovil, že majetková účast na základním jmění u obou těchto pojišťoven nesmí klesnout pod 100 %.

⁹² Všeobecné zdravotní pojišťovně a Společné zdravotní pojišťovně .

9.2005, pokud nedošlo u příslušné zdravotní pojišťovny k transformaci na a.s. a získání povolení k činnosti do 30.6.2005.

Na základě zákona byl zřízen *Úřad pro dohled nad zdravotní péčí* (Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou) jako právnická osoba, která se nezapisuje do obchodního rejstříku, se svěřenými dvěma základními úkoly v oblasti veřejné správy a to: dohledem nad veřejným zdravotním pojištěním a dohledem nad poskytováním zdravotní péče⁹³. V oblasti dohledu nad zdravotním pojištěním zákon svěřil Úřadu značné pravomoci – vyjma samotné dohledové činnosti nad dodržováním obou hlavních zákonných norem pro oblast zdravotního pojištění, se jedná zejména o vydávání povolení a rozhodnutí podle zákona a dohled nad jejich plněním. Jedná se především o samotný povolovací režim k činnosti zdravotních pojišťoven, který dostal Úřad do své kompetence. Další pravomoci Úřadu, které je nutno zmínit je vydávání platebních výměrů v oblasti vymáhání pohledávek na pojistném nebo pro oblast neuhrazené zdravotní péče, dále vydávání rozhodnutí ve věcech přerozdělení pojistného a vydávání pokut. Úřad se také stal styčným místem pro úhradu zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění v rámci EU.

Organizační strukturu Úřadu tvoří předseda, Správní rada a Dozorčí rada. Předseda je jmenován a odvoláván vládou SR na návrh Ministerstva zdravotnictví, podobně jako všech sedm členů Správní rady. Pětičlenná Dozorčí rada jako kontrolní orgán Úřadu je volena a odvolávána Národní radou SR na návrh slovenské vlády [§§ 22 až 27 zákona č. 581/2004 Z.z.]. Základním příjmem Úřadu se staly příspěvky na jeho činnost od zdravotních pojišťoven, dalšími zdroji pak úhrady za jeho vlastní činnost (vydávání povolení, rozhodnutí apod.) a další příjmy stanovené v zákoně. Velikost ročního příspěvku na činnost Úřadu od každé zdravotní pojišťovny byl stanoven na 0,5 % ze sumy pojistného po přerozdělení v předchozím kalendářním roce. Pro případ nezaplacení ročního příspěvku na činnost Úřadu, zákon stanovil sankce pro zdravotní pojišťovny.

Zákon byl od doby svého prvního schválení mnohokrát novelizován, důvodem byla snaha po změnách právního postavení zdravotních pojišťoven jako akciových společností, snaha po rozšíření vlivu státu nad trhem zdravotního pojištění. Systém

⁹³ Z hlediska tematického zaměření této práce, bude pozornost věnována pouze prvnímu okruhu činností.

zdravotního pojištění na Slovensku se stal předmětem ostré politické předvolební kampaně v roce 2006. Nově zvolená politická reprezentace začala prosazovat změnu na trhu se zdravotním pojištěním s cílem zavést jednu veřejnoprávní zdravotní pojišťovnu. V roce 2007 byla přijata novela zákona č. 581/2004 Z.z.⁹⁴, která zdravotním pojišťovnám s účinností od následujícího roku dala za povinnost celý svůj zisk z pojištění použít zpět do systému a to na úhradu zdravotnických výkonů. Dále byla přijata změna týkající se snížení maximální výše provozních nákladů. Přijaté změny byly značně kritizovány ze strany zdravotních pojišťoven, někteří akcionáři pojišťoven se následně obrátili na představitele slovenského státu s předarbitrážními výzvami ohledně porušení mezinárodních dohod o ochraně investic. Následně se situace vyvíjela tak, že zákaz zisku byl předmětem i přezkumu ze strany Ústavního soudu SR, který na základě ve svém nálezu publikovaném pod č. 79/2011 Z.z. shledal úpravu v rámci novely z roku 2007 v rozporu s Ústavou SR. Následně vláda SR předložila novou úpravu, která reagovala na rozhodnutí Ústavního soudu, kdy byla upravena určitá omezení pro tvorbu zisku. Slovenská republika na základě těchto kroků čelila několika mezinárodním arbitrážím, z nichž některé z nich i prohrála. V této souvislosti se opět oživila možnost zavedení systému pojištění s 1 zdravotní pojišťovnou. Zkušenosti, které Slovensko získalo z mezinárodních arbitráží s vlastníky zdravotní pojišťovny Union, nakonec způsobily, že vláda SR od kroku, který byl několik let plánován, nakonec ustoupila.

K 1.1.2010 byla přijata mimo jiné novela zákona č. 581/2004 Z.z. za účelem sloučení Společné zdravotní pojišťovny a Všeobecné zdravotní pojišťovny, kdy se právním nástupcem prvně uvedené stala Všeobecná pojišťovna a to k 1.1.2010. Jediným akcionářem zdravotní pojišťovny – akciové společnosti se po sloučení stala Slovenská republika, správa akcií byla svěřena Ministerstvu zdravotnictví SR. K 1. 1. 2010 došlo zároveň ke sloučení dvou jiných zdravotních pojišťoven⁹⁵, počet zdravotních pojišťoven klesl ke konci roku z pěti k aktuálním třem (dvěma soukromým a jedné zcela státní).

⁹⁴ Tehdejší ministr zdravotnictví SR předložil po svém nástupu radikální změny týkající zdravotních pojišťoven. V květnu 2007 navrhl vyvlastnění soukromých zdravotních pojišťoven jako přípravu na zřízení jediné, státem kontrolované zdravotní pojišťovny. Od tohoto kroku následně pod velkým tlakem ze strany politické i odborné veřejnosti ustoupil.

⁹⁵ Jednalo se o zdravotní pojišťovny Apollo a Důvěra.

Zákon č. 581/2004 Z.z. patřil k nejčastěji novelizovaným zákonům z původního reformního balíku zákonů přijatých v roce 2004. Mezi další významné změny patřilo přijetí novely v roce 2011, která uložila zdravotním pojišťovnám povinnost zveřejňovat smlouvy s jednotlivými poskytovateli a to od 1.1.2012 na svých internetových stránkách.

5.4.1 Srovnání právní úpravy s ČR

Zákonná úprava zdravotních pojišťoven je od přijetí zákona č. 581/2004 Z.z. na Slovensku v obou právních řádech odlišná. Přesto lze nalézt v zákonných normách jisté společné znaky. Je otázkou pro právní i politickou veřejnost do jaké míry můžeme slovenskou právní úpravu brát jako námět *de lege ferenda* pro budoucí právní úpravu postavení a činnosti zdravotních pojišťoven v ČR. Odlišnosti v právní úpravě vyplývají již ze samotného právního postavení zdravotních pojišťoven v ČR jako právnických osob *sui generis*.

Česká právní úprava i na základě potřeb z praxe, celkem na dnešní dobu solidně upravila v zákonné podobě tvorbu jednotlivých fondů pojišťovny, toto ve slovenské úpravě zásadně chybí. Na druhou stranu slovenská zákonná norma velmi podrobně stanoví vedení dokumentace zdravotních pojišťoven i mimo jiné ve vztahu k samotným pojištěncům.

Zajímavé je například srovnání vymezení okruhu činností, které mohou zdravotní pojišťovny vykonávat. Slovenská právní úprava šla cestou jasně vymezeného okruhu činností, které mohou pojišťovny vykonávat a cestou zákazu jiné činnosti, než zákonem vymezené. Česká právní úprava v případě rozsahu činnosti zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven je upravena velmi stroze, zákon pouze zakazuje činnost pro zdravotní pojišťovny a to zákaz zřízení a provozu zdravotnického zařízení a zákazu podnikání s prostředky základního fondu příslušné zaměstnanecké zdravotní pojišťovny.

Samotný povolovací režim, který je v ČR v kompetenci Ministerstva zdravotnictví, je v SR svěřen samostatné instituci.

Slovenské zdravotní pojišťovny získaly díky přijatému zákonu v roce 2004 silnější postavení jak ve vztahu k pojištěncům, tak i ve vztahu k poskytovatelům – zdravotnickým zařízením. Zdravotní pojišťovny ve vztahu k poskytovatelům zdravotní

péče získaly více smluvní volnosti, zákon dal za povinnost pojišťovnám do smluvního vztahu s poskytovateli sledovat a vyhodnocovat indikátory kvality, které by sloužily na monitoring vybraných oblastí poskytované zdravotní péče. Tyto indikátory kvality vydává vláda SR svým nařízením. Na jejich vypracování se podílí vedle zdravotních pojišťoven i odborné společnosti a Úřad. Zdravotní pojišťovny díky sjednocené právní úpravě mají na Slovensku rovnoprávnější postavení.

Za klíčovou změnu, která se i v minulosti promítla do podoby uvažovaného návrhu zákona v ČR, považuje autorka vznik Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí, který získal značné kompetence jak pro kontrolu a stabilizaci veřejného zdravotního pojištění, tak i pro samotnou poskytovanou péči. V ČR se úvahy zřídit podobný úřad nesly pouze v duchu kompetencí pro oblast zdravotního pojištění.

6. Závěr: možné změny ve zdravotním pojištění, náměty *de lege ferenda*

Právní úprava veřejného zdravotního pojištění v České republice prošla během svého vývoje mnoha úskalími. Platná právní úprava neodpovídá kladeným požadavkům a rozpadá se zcela nesystémově do čtyř základních zákonných norem – zákona o pojištění, zákona o pojistné, zákona o VZP a zákona o ZZP. Na druhou stranu celý systém veřejného zdravotního pojištění je jistým *stabilizujícím prvkem*, jak pro samotné pojištěnce, tak i pro poskytovatele zdravotních služeb. Určitým signálem je i skutečnost, že systém byl funkční bez větších potíží i v době ekonomické krize. Prověření celého systému z hlediska správného nastavení vnitřních kontrolních a stabilizačních mechanismů je nutno tak vztáhnout vždy na delší časové období.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který byl přijat v roce 1997, jako provizorní právní norma nebyl dosud nahrazen novým zákonem. Ministerstvo zdravotnictví vypracovalo v průběhu několika období návrhy nové zákonné podoby, některé z nich byly i předloženy Poslanecké sněmovně PČR, byly však pro mnohé nedostatky nebo politickou neshodu zamítnuty. Další budoucí vývoj by se měl tedy zaměřit právě na tuto oblast. Vhodným legislativním řešením, ke kterému se i autorka práce přiklání, by bylo *předložení nové právní normy, která upraví i sjednotí právní úpravu v zákoně o pojistném a v zákoně o pojištění do jedné ucelené zákonné normy*.

Zákon o pojištění byl za celou dobu své existence nejčastěji novelizovaným zákonem ze všech čtyř základních norem veřejného zdravotního pojištění. Celkem 61 novelizací tak zásadním způsobem změnilo jeho původní strukturu. Celkem 42 novel dále postihlo i zákon o pojistném, jehož novelizace se často nesly spolu se změnami v zákoně o pojištění.

Pokud jde o právní úpravu zdravotních pojišťoven, ta je dle autorky zcela nesystémově upravena. Vedle sebe existují dvě zákonné normy pro VZP a zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, kdy každá legislativní změna v jedné zákonné normě byla ve většině případů nezbytným předpokladem pro změnu v té druhé. Budoucí právní vývoj by tak měl směřovat spíše k *propojení obou právních norem do jedné*. Zdravotní pojišťovny by měly získat rovnoprávnější postavení.

Námětem k budoucí právní úpravě je také dosud *nevyřešený vztah zdravotních pojišťoven respektive celého systému zdravotního pojištění k pojištění sociálnímu*. V průběhu vývoje došlo k opětovným diskuzím na téma propojení zdravotního pojištění s pojištěním nemocenským a úrazovým pojištěním zaměstnanců. Například Svaz zdravotních pojišťoven ČR ve svém dokumentu⁹⁶ již v roce 2010 navrhoval minimální nezbytnost informačního propojení všech tří systémů a budoucí jejich plné převzetí ze strany zdravotních pojišťoven. Toto informační propojení je jedním z nezbytných předpokladů pro zajištění efektivity nejen v systému zdravotního pojištění.

Zároveň jsou vedeny ze strany některých politických stran diskuse o dalším vývoji koexistence více zdravotních pojišťoven, jejichž činnost byla během devadesátých let sladěna do té míry, že mezi nimi výrazné rozdíly neexistují. Zdravotní pojišťovny byly donuceny díky změnám v právní úpravě chovat se racionálněji jak ve vztahu k pojištěncům, tak ve vztahu k poskytovatelům, jejich *konkurence* je velmi *omezená*. V České republice se počet zdravotních pojišťoven stabilizoval a od roku 2013 jich máme celkem 7, což nabízí jisté možnosti směrem k jejich nabídce vůči svým pojištěncům.

Kontrolní mechanismy celého systému jsou nastaveny velmi roztržštěně, pro celý systém veřejného zdravotního pojištění neexistuje kvalifikovaný regulátor jako např. na Slovensku. Zároveň jsou kompetence obou významných státních orgánů – Ministerstva

⁹⁶ Doporučení Svazu zdravotních pojišťoven ČR k úpravám systému veřejného zdravotního pojištění v ČR – duben 2010, zveřejněno na www.szpcr.cz

zdravotnictví a Ministerstva financí stále nejednoznačně vymezeny, byť k určitým úpravám již došlo. Autorka se na základě analýzy slovenské zákonné úpravy přiklání k variantě *zřízení jednoho dohledového úřadu pro systém veřejného zdravotního pojištění i pro dohled nad poskytováním zdravotní péče v rámci tohoto systému*.

V průběhu devadesátých let došlo k vypracování mnoha koncepcí budoucího vývoje zdravotního pojištění a celého zdravotnictví v České republice. Každá předložená koncepce však obsahovala pohledy krátkodobých řešení a spíše nástin řešení dlouhodobých. Právě *ucelená a propracovaná dlouhodobá koncepce zdravotního pojištění* by mohla být východiskem pro další právní vývoj veřejného zdravotního pojištění v ČR. Pohledem na jednotlivá období lze shrnout, že mnohé legislativní úpravy byly spíše reakcí na dílčí problémy, bez hlubší analýzy v kontextu se změnou na politické úrovni. Časté novely všech čtyř zákonů a především zákona o pojištění nejsou dokladem *právní stability* nastaveného systému. Změny v právní úpravě v letech 1993 – 1996 byly vyvolány potřebami a problémy z praxe, kdy ekonomická nestabilita v celém systému způsobila řadu potíží, zejména u zdravotních pojišťoven. Další období byla poznamenána judikaturou Ústavního soudu. I když na samotnou právní úpravu neměl od počátku významný vliv, nelze v této věci i nezmínit vstup České republiky do Evropské unie, který rozšířil rozmanitost právních vztahů uvnitř systému. Právní úprava přijatá v rámci zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů s účinností od 1. 1. 2008 byla do dnešní doby zredukována na minimum a to jednak díky nálezům Ústavního soudu. Vliv měly i změny v politické orientaci dalších vlád. Právní úprava byla rovněž ovlivněna i přijetím reformního balíku tří zdravotnických zákonů, které nahradily zastaralou právní úpravu z roku 1966.

Od 1. 1. 2016 došlo k další úpravě výše plateb zdravotního pojištění a to pro všechny skupiny plátců pojistného směrem ke zvýšení záloh nebo plateb. Vyměřovací základ pro pojistné na zdravotní pojištění u osob, za které je plátcem pojistného stát, je od 1. ledna 2016 stanoven nařízením vlády ve výši 6 444 Kč (namísto původních 6 259 Kč). Od 1. ledna 2016 tak platí stát za osoby, za které je plátcem pojistného, pojistné ve výši 870 Kč měsíčně (místo dřívějších 845 Kč). Posílení příjmové strany v systému a další zamýšlené kroky tímto směrem jsou evidentní. Tyto kroky by měly být ovšem doprovázeny dalšími směrem *k celkové stabilitě v systému a jeho vyváženosti jak na stránce příjmové, tak na stránce výdajové*.

V závěru této práce autorka věří, že k navrženým krokům směrem k větší právní stabilitě celého systému veřejného zdravotního pojištění opravdu dojde, a právní úprava veřejného zdravotního pojištění v naší zemi dosáhne úrovně vyspělých západoevropských států.

7. Příloha: Přehled přijatých významných zákonných úprav ve veřejném zdravotním pojištění

V této příloze je v návaznosti na předchozí text přehled významných zákonných úprav ve veřejném zdravotním pojištění v České republice. Přehledy je upraven vždy v návaznosti na jednotlivé etapy dle struktury této práce. V každé etapě je uvedena vždy účinnost právního předpisu vztahující se k přijatým změnám v zákonech upravující veřejné zdravotní pojištění.

Souhrnný přehled přijatých významných zákonných úprav ve veřejném zdravotním pojištění v letech 1990 – 1992

<i>Přijatý zákon č. Sb..</i>	<i>Předkladatel</i>	<i>Číslo tisku*</i>	<i>Účinnost</i>
č.548/1991 Sb.	vláda ČR	482	1.1.1992
č. 550/1991 Sb.	vláda ČR	476	1.1.1992**
č.551/1991 Sb.	vláda ČR	477	1.1.1992**
č.280/1992 Sb.	skupina poslanců	654	1.7.1992**
č.592/1992 Sb.	vláda ČR	115***	1.1.1993

* Jedná se o parlamentní tisky České národní rady – volební období 1990 -1992.

** U některých ustanovení účinnost od 1.1.1993.

*** Parlamentní tisk České národní rady - volební období 1992-1992.

Souhrnný přehled přijatých významných zákonných úprav ve veřejném zdravotním pojištění v letech 1993 – 1996

<i>Přijatý zákon č. Sb.</i>	<i>Předkladatel</i>	<i>Číslo sněmovního tisku*</i>	<i>Účinnost</i>
č.161/1993 Sb.	vláda ČR	257	1.7.1993
č.59/1995 Sb.	vláda ČR	1324	1.5.1995
č.60/1995 Sb.	vláda ČR	1330	1.5.1995
č.149/1996 Sb.	vláda ČR	2083	1.7.1996

* Jedná se o sněmovní tisky Poslanecké sněmovny PČR za 1. volební období 1993-1996.

Souhrnný přehled přijatých významných zákonných úprav ve veřejném zdravotním pojištění v letech 1997 – 2002

<i>Přijatý zákon č. Sb.</i>	<i>Předkladatel</i>	<i>Číslo sněmovního tisku</i>	<i>Účinnost</i>
č.48/1997 Sb.	vláda ČR	98*	1.4.1997***
č.2/1998 Sb.	vláda ČR	270*	27.1.1998
č.127/1998 Sb.	vláda ČR	315*	30.6.1998****
č.459/2000 Sb.	skupina poslanců	734**	31.12.2000
č.138/2001 Sb.	skupina poslanců	760**	1.7.2001
č.176/2002 Sb.	skupina poslanců	999**	1.7.2002

* Jedná se o sněmovní tisky Poslanecké sněmovny PČR za 2. volební období 1996-1998.

** Jedná se o sněmovní tisky Poslanecké sněmovny PČR za 3. volební období 1998-2002.

*** U některých ustanovení účinnost od 1. 1. 1998.

**** U některých ustanovení účinnost od 1. 1. 1999.

Souhrnný přehled přijatých významných zákonných úprav ve veřejném zdravotním pojištění v letech 2003 – 2006

<i>Přijatý zákon č. Sb.</i>	<i>Předkladatel</i>	<i>Číslo sněmovního tisku*</i>	<i>Účinnost</i>
č.455/2003 Sb.	vláda ČR	399	1.1.2004**
č.438/2004 Sb.	vláda ČR	444	1.8.2004
č.123/2005 Sb.	vláda ČR	648	30.3.2005
č.117/2006 Sb.	vláda ČR	1150	1.4.2006

* Jedná se o sněmovní tisky Poslanecké sněmovny PČR za 4. volební období 2002-2006.

** U některých ustanovení účinnost od 1.1.2005.

Souhrnný přehled přijatých významných zákonných úprav ve veřejném zdravotním pojištění v letech 2007 – 2010

<i>Přijatý zákon č. Sb.</i>	<i>Předkladatel</i>	<i>Číslo sněmovního tisku*</i>	<i>Účinnost</i>
č.261/2007 Sb.	vláda ČR	222	1.1.2008
č.270/2008 Sb.	skupina poslanců	455	1.8.2008
č.59/2009 Sb.	skupina poslanců	504	1.4.2009
č.351/2009 Sb.	skupina poslanců	684	1.11.2009
č.362/2009 Sb.	vláda ČR	917	1.1.2010

* Jedná se o sněmovní tisky Poslanecké sněmovny PČR za 5. volební období 2006-2010.

Souhrnný přehled přijatých významných zákonných úprav ve veřejném zdravotním pojištění v letech 2011 – 2013

<i>Přijatý zákon č. Sb.</i>	<i>Předkladatel</i>	<i>Číslo sněmovního tisku*</i>	<i>Účinnost</i>
č.298/2011 Sb.	vláda ČR	325	1.12.2011***
č.369/2011 Sb.	vláda ČR	409	1.4.2012
č.372/2011 Sb.	vláda ČR	405	1.4.2012
č.373/2011 Sb.	vláda ČR	407	1.4.2012
č.374/2011 Sb.	vláda ČR	406	1.4.2012
č.342/2013 Sb.	vláda ČR	Není**	1.11.2013
č.458/2011 Sb.	vláda ČR	473	1.1.2014*****

* Jedná se o sněmovní tisky Poslanecké sněmovny PČR za 6. volební období 2010 – 2013.

** Zákonné opatření Senátu PČR.

*** U některých ustanovení účinnost od 1.1.2012.

***** Vztahuje se k novele zákona č. 592/1992 Sb.

Souhrnný přehled přijatých významných zákonných úprav ve veřejném zdravotním pojištění v letech 2014 – 2015

<i>Přijatý zákon č. Sb.</i>	<i>Předkladatel</i>	<i>Číslo sněmovního tisku*</i>	<i>Účinnost</i>
č.60/2014 Sb.	vláda ČR	10	22.4.2014**
č.109/2014 Sb.	vláda ČR	174	1.7.2014
č.256/2014 Sb.	vláda ČR	260	1.1.2015
č.267/2014 Sb.	vláda ČR	252	31.12.2014**
č.1/2015 Sb.	vláda ČR	307	6.1.2015
č.200/2015 Sb.	vláda ČR	386	1.9.2014***

* Jedná se o sněmovní tisky Poslanecké sněmovny PČR za 7. volební období od 2013.

** U některých ustanovení účinnost od 1.1.2015.

*** U některých ustanovení účinnost od 1.1.2016 a 1.2.2016.

Použitá literatura a další zdroje

Knižní publikace:

1. *Buzek R. – Trnková L.* Zdravotní péče a zdravotní pojištění. Praha: Prospektrum, 1992.
2. *České zdravotnictví – financování a poskytování péče.* Studie OECD. Praha: Sdružení pro výzkum zdravotnické soustavy, 1998.
3. *Drbal C.* Posttransformační stav a možnosti jeho řešení. Praha: IPVZ, 1998.
4. *Háva P. – Kružík L.* Veřejnoprávní zdravotní pojištění v ČR v letech 1991 – 95, in: *Analýza událostí veřejné politiky v České republice.* Praha: FSV UK, 1996.
5. *Havlíček K. – Hemelík T.* Nad veřejným zdravotním pojištěním. Praha: Orac, 1998.
6. *Gerloch A. – Hřebejk J. – Zoubek V.* Ústavní systém České republiky. Praha: Prospektrum, 1999.
7. *Kalina K.* Průvodce novým zdravotnictvím. Praha: Maxima, 1992.
8. *Křepelka F.* Evropské zdravotnické právo. Praha: LexisNexis CZ, 2004.
9. *Mach J.* Medicína a právo. Praha: C.H.Beck, 2006.
10. *Mach J. a kol.* Zdravotnictví a právo – komentované předpisy (druhé rozšířené a doplněné vydání). Praha: LexisNexis CZ, 2005.
11. *Němec J.* Principy zdravotního pojištění. Praha: GRADA Publishing, 2008.
12. *Staňková B.* Vývoj právní úpravy zdravotního pojištění po roce 1990. Diplomová práce. Praha: PF UK, 2001.
13. *Tomeš I. a kol.* Právo sociálního zabezpečení. Praha: Všehrd, 1995.
14. *Tröster P. a kol.* Právo sociálního zabezpečení. Praha: C.H.Beck, 2000.
15. *Tröster P. a kol.* Právo sociálního zabezpečení (4. přepracované a doplněné vydání). Praha: C.H.Beck, 2008.
16. *Tröster P. a kol.* Právo sociálního zabezpečení (6. Podstatně přepracované a aktualizované vydání). Praha: C.H. Beck, 2013.

Časopisecké zdroje:

1. *Daněk A. – Glet J.* Zdravotní pojištění a zdravotní péče po vstupu České republiky do Evropské unie. *Zdravotnictví a právo*, 2005, č. 6.

2. *Hájková R.* Změny ve zdravotním pojištění. Právo a zaměstnání, 1998, č. 9.
3. *Hrabák J.* Připravovaný slovenský zákon o zdravotních pojišťovnách. Zdravotnictví a právo, 2004, č.9.
4. *Křepelka F.* Evropská unie z pohledu pacientů a financování zdravotnictví. Zdravotnictví a právo, 2003, č.6.
5. *Tröster P.* K základním zásadám všeobecného zdravotního pojištění. Právo a zákonost, 1992, č. 4.

Internetové zdroje a odkazy:

1. *Niklíček, L.* Čeští lékaři a povinné nemocenské pojištění v letech 1888 – 1938. <http://www.sasp.cz/novinky/26102001.htm> (zveřejněno 7.5.2010).
2. www.psp.cz.
3. www.szpcr.cz.
4. Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských zemích. http://www.europeum.org/disp_article_text.php?aid=678 (zveřejněno 4.5.2010)
5. *Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR* (autorský kolektiv). Zdravotnictví za hranicemi. <http://www.mzcr.cz> (leden 2009).
6. *Důvodová zpráva k návrhu zákona, tisk 654*, Česká národní rada, volební období 1990 – 1992 www.psp.cz.
7. *Důvodová zpráva k návrhu zákona, tisk 1330*, Poslanecká sněmovna PČR, volební období 1993 – 1996 www.psp.cz.
8. *Důvodová zpráva k návrhu zákona, tisk 222*, Poslanecká sněmovna PČR, volební období 2006 – 2010 www.psp.cz.
9. Smlouva o fungování Evropské unie ve znění Lisabonské smlouvy. Parlamentní institut 2008. www.psp.cz.

Právní předpisy:

České a československé právní předpisy:

1. Zákon č. 221/1924 Sb. z. a n. ze dne 9.10.1924, o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří, uveřejněno ve Sbírce zákonů a nařízení, částka 112/1924, s.1225.
2. Zákon č. 221/1925 Sb. z. a n. ze dne 15.10.1925, o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců, uveřejněno ve Sbírce zákonů a nařízení, částka 93/1925, s. 1111.

3. Zákon č. 184/1928 Sb. z. a n. ze dne 8.11.1928, jímž se mění a doplňuje zákon ze dne 9. října 1924, čís. 221 Sb. z. a n., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří, uveřejněno ve Sbírce zákonů a nařízení, částka 65/1928, s. 1073.
4. Zákon č. 99/1948 Sb. ze dne 15. 4.1948, o národním pojištění, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 41/1948, s. 855.
5. Zákon č. 102/1951 Sb. ze dne 19. 12. 1951, o přebudování národního pojištění, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 50/1951, s. 263.
6. Zákon č. 103/1951 Sb. ze dne 19.12.1951, o jednotné preventivní a léčebné péči, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 50/1951, s. 265.
7. Zákon č. 54/1956 Sb. ze dne 30. 11.1956, o nemocenském pojištění zaměstnanců uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 29/1956, s.123.
8. Zákon č. 20/1966 Sb. ze dne 17.3.1966, o péči o zdraví lidu, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 7/1966, s. 74.
9. Zákon č. 548/1991 Sb. ze dne 5. 12. 1991, kterým se mění a doplňuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona České národní rady č. 210/1990 Sb. a zákona České národní rady č. 425/1990 Sb., uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 104/1991, s. 2706.
10. Zákon č. 550/1991 Sb. ze dne 6.12.1991, o všeobecném zdravotním pojištění, uveřejněno ve Sbírce zákonů , částka 104/1991, s. 2722.
11. Zákon č. 551/1991 Sb. ze dne 6.12.1991, o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, uveřejněno ve Sbírce zákonů , částka 104/1991, s. 2728.
12. Zákon č. 280/1992 Sb. ze dne 28.4.1992, o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, uveřejněno ve Sbírce zákonů , částka 58/1992, s. 1579.
13. Zákon č. 592/1992 Sb. ze dne 20.11.1992, o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 119/1992, s. 3558.
14. Ústavní zákon č. 1/1993 Sb. ze dne 16.12.1992, Ústava České republiky, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 1/1993, s.1.
15. Usnesení č. 2/1993 Sb. ze dne 16.12.1992 o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 1/1993, s.17.
16. Zákon č. 10/1993 Sb. ze dne 19.12.1992, o státním rozpočtu České republiky na rok 1993, o změně a doplnění některých zákonů České národní rady a některých dalších předpisů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 4/1993, s.50.
17. Zákon č. 15/1993 Sb. ze dne 21.12.1992, o Armádě České republiky a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 6/1993, s.130.
18. Zákon č. 324/1993 Sb. ze dne 3.12.1993, kterým se mění a doplňuje zákon České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů a v

- úplném znění č. 295/1993 Sb., a zákon České národní rady č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů a v úplném znění č. 296/1993 Sb., uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 82/1993, s. 1778.
19. Zákon č. 161/1993 Sb. ze dne 19.5.1993, o změnách ve všeobecném zdravotním pojištění a o změnách a doplnění některých dalších zákonů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 43/1993, s. 851.
20. Zákon č. 59/1995 Sb. ze dne 17.3.1995, kterým se mění a doplňuje zákon České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon České národní rady č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon České národní rady č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a zákon České národní rady č. 337/1992 Sb., o správě daní a poplatků, ve znění pozdějších předpisů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 13/1995, s. 783.
21. Zákon č. 60/1995 Sb. ze dne 17.3.1995, kterým se mění a doplňujeme zákon České národní rady č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákon České národní rady č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a zákon České národní rady č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 13/1995, s. 796.
22. Zákon č. 149/1996 Sb. ze dne 25.4.1996, kterým se mění a doplňuje zákon České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon České národní rady č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon České národní rady č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a zákon České národní rady č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 43/1996, s. 1536.
23. Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 7.3.1997, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 16/1997, s. 1185.
24. Zákon č. 2/1998 Sb. ze dne 2.12.1997, kterým se mění a doplňuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 242/1997 Sb., uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 2/1998, s. 3394.
25. Zákon č. 127/1998 Sb. ze dne 19.5.1998, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky,

- ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 21/1992 Sb., o bankách, ve znění pozdějších předpisů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 43/1998, s. 5466.
26. Zákon č. 363/1999 Sb. ze dne 21.12.1999, o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojišťovnictví), uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 112/1999, s.7698.
27. Zákon č. 29/2000 Sb. ze dne 18. 1.2000, o poštovních službách a o změně některých zákonů (zákon o poštovních službách) uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 10/2000, s.336.
28. Zákon č. 69/2000 Sb. ze dne 1.3.2000, kterým se mění zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 23/2000, s. 1310.
29. Zákon č. 118/2000 Sb. ze dne 6.4.2000, o ochraně zaměstnanců při platební neschopnosti zaměstnavatele a o změně některých zákonů uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 35/2000, s.1637.
30. Zákon č. 138/2001 Sb. ze dne 28.3.2001, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 56/2001, s. 3391.
31. Zákon č. 176/2002 Sb. ze dne 9.4.2002, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 73/2002, s. 3676.
32. Zákon č. 455/2003 Sb. ze dne 8.11. 2003,kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 150/2003,s. 7449.
33. Zákon č. 438/2004 Sb. ze dne 24.6.2004, kterým se mění zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 144/2004, s.8336.
34. Zákon č. 123/2005 Sb. ze dne 22.2.2005,kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 42/2005, s.1290.

35. Zákon č. 117/2006 Sb. ze dne 14.3.2006, kterým se mění některé zákony v oblasti veřejného zdravotního pojištění, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 39/2006, s. 1378.
36. Zákon č. 261/2007 Sb. ze dne 19.9.2007, o stabilizaci veřejných rozpočtů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 85/2007, s. 3154.
37. Zákon č. 270/2008 Sb. ze dne 16.7.2008, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 88/2008, s. 3898.
38. Zákon č. 59/2009 Sb. ze dne 11.2.2009, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 19/2009, s. 762.
39. Zákon č. 351/2009 Sb. ze dne 11. 9.2009, kterým se mění zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 109/2009, s.4903.
40. Zákon č. 362/2009 Sb. ze dne 5.10.2009, kterým se mění některé zákony v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2010, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 115/2009, s.5126.
41. Zákon č. 298/2011 Sb. ze dne 6. 9.2011, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 105/2011, s. 3764.
42. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6.11.2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) , uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 131/2011, s. 4730.
43. Zákon č. 373/2011 Sb. ze dne 6. 11. 2011 o specifických zdravotních službách, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 131/2011, s.4802.
44. Zákon č. 374/2011 Sb. ze dne 6. 11. 2011 o zdravotnické záchranné službě, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 131/2011, s. 4839.
45. Zákon č. 369/2011 Sb. ze dne 6. 11. 2011, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 129/2011, s. 4658.
46. Zákon č. 458/2011 Sb. ze dne 20. 12. 2011 o změně zákonů související se zřízením jednoho inkasního místa a dalších změnách daňových a pojistných zákonů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 158/2011, s. 6082.
47. Zákonné opatření Senátu č. 342/2013 Sb. ze dne 10. 10. 2013, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 132/2013, s.5998.

48. Zákon č. 60/2014 Sb. ze dne 19. 3. 2014, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 23/2014, s. 703.
49. Zákon č. 109/2014 Sb. ze dne 29. 5. 2014, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 46/2014, s. 1114.
50. Zákon č. 256/2014 Sb. ze dne 22. 10. 2014, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 107/2014, s. 3056.
51. Zákon č. 267/2014 Sb. ze dne 23. 10. 2014, kterým se mění zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 109/2014, s. 3098.
52. Zákon č. 1/2015 Sb., ze dne 22.12.2015, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, uveřejněno ve Sbírce zákonů částka 1/2015, s.2.
53. Zákon č. 200/2015 Sb. ze dne 23. 7. 2015, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, uveřejněno ve Sbírce zákonů, částka 82/2015, s. 2362.

Slovenské právní předpisy:

1. Zákon č. 460/1992 Sb., ze dne 1.9.1992, Ústava Slovenskej republiky - zveřejněno na <http://www.iaspi.sk>.
2. Zákon č. 273/1994 Z.z., ze dne 24.8. 1994, o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriďovaní rezortných, odvetvových podnikových a občianských zdravotných poisťovní - zveřejněno na <http://www.iaspi.sk>.
3. Zákon č. 98/1995 Z.z., ze dne 9.3.1995, o liečebnom poriadku - zveřejněno na <http://www.iaspi.sk>.
4. Zákon č. 138/2003 Z.z., ze dne 9.4.2003, zveřejněno na <http://www.iaspi.sk>.

5. Zákon č. 580/2004 Z.z., ze dne 21.4.2004, o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. a o zmene a doplnení niektorých zákonov - zverejnené na <http://www.iaspi.sk>.
6. Zákon č. 581/ 2004 Z.z., ze dne 21.4.2004, o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov - zverejnené na <http://www.iaspi.sk>.

Právni předpisy EU:

1. Nařízení Rady (EHS) č. 1408/71, ze dne 14.6.1971, o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství, ve znění pozdějších předpisů
dostupné na <http://eur-lex.europa.eu>.
2. Nařízení Rady (EHS) č. 574/72 ze dne 21.3.1972, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (EHS) č. 1408/1971 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství
dostupné na <http://eur-lex.europa.eu>.
3. Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 ze dne 29.4.2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení
dostupné na <http://eur-lex.europa.eu>.
4. Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009 ze dne 16.9.2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení
dostupné na <http://eur-lex.europa.eu>.
5. Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 211/24/EU ze dne 9.3.2011, o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči
dostupné na <http://eur-lex.europa.eu>.

Judikatura (Ústavní soud ČR, Soudní dvůr Evropské unie):

1. Nález Ústavního soudu č. 206/1996 Sb. ze dne 10.7.1996, *sp. zn. Pl. ÚS 35/95*
dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/Search.aspx>.
2. Nález Ústavního soudu č. 167/2000 Sb. ze dne 23.5.2000, *sp.zn. Pl. ÚS 24/99*
dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/Search.aspx>.
3. Nález Ústavního soudu č. 207/2003 Sb. ze dne 4.6.2003, *sp.zn. Pl. ÚS 14/02*
dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/Search.aspx>.
4. Nález Ústavního soudu č. 57/2007 Sb. ze dne 16.1.2007, *sp.zn. Pl. ÚS 36/05*
dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/Search.aspx>.
5. Nález Ústavního soudu ze dne 31.1.2008, *sp.zn. Pl. ÚS 24/07*
dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/Search.aspx>.
6. Nález Ústavního soudu č. 251/2008 Sb. ze dne 20.5.2008, *sp.zn. Pl. ÚS 1/08*
dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/Search.aspx>.
7. Nález Ústavního soudu č. 238/2013 Sb. ze dne 20.6.2013, *sp.zn. Pl. ÚS 36/11*
dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/Search.aspx>.
8. Nález Ústavního soudu č. 77/2014 Sb. ze dne 25.3.2014, *sp.zn. Pl. ÚS 43/13*
dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/Search.aspx>.
9. Rozsudek ESD č. C-120/1995 ze dne 28.4.1998

- dostupné na <http://eur-lex.europa.eu>.
10. Rozsudek ESD č. C-158/1996 ze dne 28.4.1998
dostupné na <http://eur-lex.europa.eu>.
 11. Rozsudek ESD č. C-157/99 ze dne 12.7.2001
dostupné na <http://eur-lex.europa.eu>.
 12. Rozsudek ESD č. C-368/98 ze dne 12.7.2001
dostupné na <http://eur-lex.europa.eu>.
 13. Rozsudek ESD č. C-385/99 ze dne 13.5.2003
dostupné na <http://eur-lex.europa.eu>.
 14. Rozsudek ESD č. C-56/01 ze dne 23.10.2003
dostupné na <http://eur-lex.europa.eu>.
 15. Rozsudek ESD č. C-372/04 ze dne 16.5.2006
dostupné na <http://eur-lex.europa.eu>.

Abstrakt v českém jazyce

Vývoj právní úpravy veřejného zdravotního pojištění v ČR

Práce se zabývá právním vývojem veřejného zdravotního pojištění v České republice. Cílem práce je ucelená analýza jednotlivých etap vývoje právní úpravy veřejného zdravotního pojištění v ČR po roce 1990. Autorka si klade za cíl na základě právní analýzy jednotlivých etap najít možná východiska a náměty pro směřování dalšího vývoje právní úpravy v této oblasti práva. Práce je rozdělena do několika částí. První dvě se zabývají zdravotním pojištěním v kontextu zdravotnických systémů a vývojem české právní úpravy do roku 1990. Hlavní část analyzuje jednotlivé etapy vývoje právní úpravy po roce 1990. Samostatná část je věnována i vývoji právní úpravy ve Slovenské republice. V závěru práce se autorka zabývá možnými náměty de lege ferenda v kontextu předchozí provedené analýzy.

Abstract in English language

The development of legislation on public health insurance in the Czech Republic

The thesis deals with development of legislation on public health insurance in the Czech Republic. The aim is a comprehensive analysis of the various stages of development of the law of public health insurance in the Czech Republic after 1990. The author aims based on a legal analysis of the various stages of finding possible solutions and suggestions for the direction of further development of the law in this area of law. The work is divided into several parts. The first two deal with health insurance in the context of health systems and the development of Czech legislation until 1990. The main part analyzes the different stages of development legislation after 1990. A separate section is devoted to the development of legislation in the Slovak Republic. In conclusion, the author discusses possible future legal regulations in the context of previous analyzes.

Resumé

The development of legislation on public health insurance in the Czech Republic

The thesis deals with development of legislation on public health insurance in the Czech Republic. The aim is a comprehensive analysis of the various stages of development of the law of public health insurance in the Czech Republic after 1990. The author aims based on a legal analysis of the various stages of finding possible solutions and suggestions for the direction of further development of the law in this area of law.

The work is divided into several parts. The first part deals with health insurance in the context of health systems. The author gives an overview of systems of health care financing in European countries. There are also examples of legal regulations in selected European countries.

The second part discusses the development of legislation on public health insurance in the Czech lands until 1990. Furthermore, this section provides an overview of the sources of law of public health insurance in the Czech Republic.

The main (third) part analyzes the different stages of development legislation on health insurance in the Czech Republic after 1990 until the end of 2015. The first phase from 1990 to 1992 can be called a transformation period. Here was accepted basis of legal regulation of public health insurance. Stage 1993 - 1996 is completed by judgement of the Constitutional Court of the Czech Republic, which influenced further legal developments in this area. The following analysis period 1997 - 2002 was also affected Czech Republic's accession to the European Union. This issue is discussed in a separate chapter, which deals with the case law of the Court of Justice of the European Union. All further analyzed stages completes stage from 2014 to 2015.

A separate part is devoted to the development and regulation of health insurance in the Slovak Republic and its comparison with the legislation in the Czech Republic.

In conclusion, the author discusses possible future legal regulations in the context of previous analyzes. Current legislation in public health insurance is divided from the outset in four separate laws that were frequently amended. As one of the possible topics, the author recommends the unification of legislation of health insurance companies and the creation of supervisory authority over health insurance.

Klíčová slova

veřejné zdravotní pojištění

Key words

public health insurance